Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 6.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Rothmund, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 35. 1887. 30. August.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

34. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Poliklinik der Universität Bonn.

Ueber den pulsirenden Milztumor (Gerhardt.)

Von Dr. med. *J. Prior*, Docent für Medicin in Bonn.

Es ist noch nicht lange her, dass Gerhardt[1]) auf eine eigenthümliche Erscheinung aufmerksam machte, welche er mit dem Namen pulsirender Milztumor belegte. Das Krankheitsbild fand sich in ausgeprägter Form bei einem kräftigen, jungen Manne, der, an Aorteninsufficienz leidend, wegen Intermittens in der Würzburger Klinik Aufnahme fand. Die durch die Intermittens verursachte Milzgeschwulst zeigte bei der Betastung die überraschende Erscheinung, dass der harte Tumor bei jeder Systole stärker anschwoll, sich allseitig ausdehnend, und bei der Diastole sich wieder verkleinerte. Da sich die Spitze der Milz mit den Fingern umfassen liess, konnte constatirt werden, dass ein wirkliches systolisches Anschwellen des Organes vorlag. Noch zwei weitere Fälle beschreibt Gerhardt an der nämlichen Stelle; wieder waren beide Patienten an Aorteninsufficienz leidend, zu welcher eine fieberhafte Erkrankung hinzugetreten war, in Folge deren die Milz anschwoll, und zwar stärker als sonst unter ähnlichen Verhältnissen, sie wurde vor dem Rippenbogen fühlbar, und auch in diesen Fällen pulsirte der Milztumor, wenn auch schwächer als bei dem ersterwähnten Kranken. Mit diesen Mittheilungen ist die ganze Literatur der Neuzeit erschöpft.

Nicht so ist es, wenn wir bei unsern Vorfahren anfragen; auch sie hatten ein offenes Auge für pathologische Symptome, auch sie hoben weise hervor, was vom Bilde des Schulfalles abweicht und was vor Allem den Sinn des Beobachters anspornt. Eine wahre Fundgrube für hervorstechende Beobachtungen bilden die Observationes medicae von Tulpius und in der That finden wir in seinen Beobachtungen ein Krankheitsbild beschrieben, das dem unserigen nahe verwandt ist. Tulpius[2]) nennt die Erscheinung »lien verberans« und beschreibt, wie man bei einem von »atra bilis« befallenen Manne die Milz habe schlagen, fühlen und sehen können. Kaum trefflicher könnte man das Krankheitsbild schildern als mit folgenden Worten des Tulpius:

»Viro ab atra bile frequentius afflicto, fecit nonnumquam induratus lien tam vehementem impetum in costas circumpositas, ut . . . etiam longissime ab ipsa remoti . . . numeraverint non semel singula verbera, et admota manu etiam coram tetigerint, quoscunque ferientis lienis ictus . . . Sed prout vel uberius, vel parcius redundaret bilis atra, pro eo etiam, vel intendebatur, vel remittebat horum ictuum vehementia.«

In der ganzen seit Tulpius verflossenen Zeit und ihrer überaus reichen Literatur finden wir nichts Derartiges wiedererwähnt bis zu Gerhardt hin, der die Aufmerksamkeit auf den pulsirenden Milztumor lenkt; er sprach die Meinung aus, dass voraussichtlich der pulsirende Milztumor nicht selten aufzufinden sein dürfte. Er muss aber doch wohl nicht so häufig vorkommen, die Literatur der allerjüngsten Zeit liefert keine Mittheilung und Anhaltspunkte, trotzdem ja Aorteninsufficienz und Infectionskrankheiten nicht allzu selten beisammen sind. Ich kann die Literatur durch zwei Fälle eigener Beobachtung aus der hiesigen Poliklinik vergrössern, welche sich in ihren Erscheinungen und ätiologischen Verhältnissen geradezu als Paradigma für den pulsirenden Milztumor Gerhardt's eignen.

Der I. Fall, welcher uns zur Verfügung steht, liefert folgende Punkte.

Es handelte sich um einen 35jährigen Mann, welcher schon seit vielen Semestern wegen einer eclatanten Insufficienz der Aortenklappen in poliklinischer Beobachtung sich befand. Pat. wurde wegen dieses Herzfehlers öfters in den Percussions- und Auscultationsübungen benutzt, es konnte dabei übereinstimmend folgender Status wiederholt aufgenommen werden. Der Spitzenstoss erscheint bei der Adspection in dem 7. Intercostalraum; er ist 5 cm breit und geht 2 cm über die Mammillarlinie nach links hinaus. Sichtbar wird die 5., 6. und 7. Rippe gehoben. Ausserdem lehrt die Adspection, dass selbst die kleineren Arterien lebhaft pulsiren. Bei der Palpation findet sich über dem Herzen dasjenige, was die Adspection lehrte, bestätigt. Die Radialarterie zeigt das bekannte schnellende Bild. Die Percussion lehrt, dass eine Zunahme der absoluten Herzdämpfung von oben nach unten und nach links über die Mammillarlinie hinaus deutlich ist. Die Auscultation lässt ein lautes, rauschendes, diastolisches Geräusch über dem ganzen Herzen erkennen, dessen maximale Intensität über dem obern Drittel des Sternums und nach rechts im 2. Intercostalraum liegt. Die Herzaction ist regelmässig, die Herzcontracturen haben gleiche Stärke und erfolgen in gleichen Zeitabschnitten. Ueber den mittleren und selbst den kleinsten Arterien z. B. der Hohlhand und der tib. post. hört man einen kurzen schlagartigen dumpfen Ton. Die sphygmographischen Pulsaufzeichnungen liefern Bilder, wie sie bei dem Pulsus celer bekannt und charakteristisch sind.

Subjectiv wurde Patient von seinem Herzfehler sehr wenig belästigt. Compensationsstörungen kamen nicht vor, der Ernährungszustand war ein guter, körperliche Anstrengungen hatte Patient nicht zu leisten, wie er auch andererseits alle Gelegenheiten mied, welche auf irgend eine Art als erregende Momente hätten in Betracht kommen müssen. Solches war das Krankheitsbild einer gut compensirten Aortenklappeninsufficienz, als Patient wegen einer neuen Erkrankung in unsere Behandlung trat. Am 4. November 1885 nämlich suchte Patient unsere Hülfe auf, weil er seit mehreren Tagen sich sehr elend und matt fühle, so dass er theilnahmslos sich allen Zureden gegenüber verhielt. Er war appetitlos, hatte vermehrten Durst und klagte ausserdem noch über Kollern und Poltern im Leibe. Die Untersuchung ergab, dass die Haut sehr heiss und trocken war,

[1]) C. Gerhardt: Pulsirender Milztumor. Zeitschrift für klinische Medicin. Band IV, Heft 3. 1882.

[2]) Nicolai Tulpii Amstelredamensis Observationes medicae. Amstelredami apud Ludovicum Elzevirium anno CIↃIↃCLII. Liber II. pag. 147. Caput XXVIII.

die Temperatur im Anus 39,8 Mittags um 3 Uhr, die Zunge belegt, an den Rändern trocken; an den Lungen war Pathologisches nicht aufzufinden; der Leib erschien etwas aufgetrieben; Gurren in der Ileocöcalgegend. Die Milzdämpfung betrug von oben nach unten 8 cm; nach vorn blieb sie zwei Finger breit vom Rippenbogenrande entfernt. Der Puls betrug 110; über die Beschaffenheit der Stuhlentleerungen, welche auf 4—5 pro die angegeben wurden, konnte nichts ausgesagt werden, weil Stuhlmasse bis dahin nicht aufgehoben war. Es handelte sich also offenbar um eine fieberhafte Erkrankung, als deren Ursache ein Typhus abdominalis vermuthet werden durfte, weil zu gleicher Zeit eine ziemlich grosse Zahl von Typhusfällen vorlag.

Dass unsere Vermuthung richtig war, lehrte bald der weitere Verlauf der Erkrankung. Unsere Verordnung hatte in Calomelverabreichung bestanden, welche zwar zu ausgiebiger Stuhlentleerung mit Calomelfärbung geführt hatte, aber auf das Wesen der Erkrankung ohne Einfluss geblieben war. Wir konnten nämlich in dem Status praesens vom 7. November notiren, dass die Temperatur Morgens 8 Uhr 39,5, Abends 40,2 betrug, dass die Milzdämpfung zugenommen hatte in der Weise, dass von oben nach unten percutirt eine 10 cm breite Dämpfung vorlag, welche bis dicht an den Rippenbogen nach vornhin sich nachweisen liess. Objectiv zeigte sich auf den Lungen spärliches trockenes und feuchtes, nicht klingendes Rasseln auf den untern Abschnitten der hintern Thoraxfläche. Der Leib ist etwas stärker aufgetrieben; sehr lebhaftes Gurren in der Ileocoecalgegend; um den Nabel herum einzelne Roseolaflecken. Die Stühle machen 6 an Zahl in 24 Stunden aus und haben die Beschaffenheit, welche man als Erbsensuppen ähnlich bezeichnet.

Abgesehen von einer Beschleunigung der Herzaction ergab die Untersuchung des Circulationsapparates nichts Besonderes. Am 10. November war die Krankheit soweit vorgeschritten, dass ein echtes Stadium typhosum vorlag. Die Erscheinungen, welche den Unterleibstyphus charakterisiren, waren auf das Deutlichste entwickelt; es bestand Somnolenz, Apathie, Zunge ist äusserst rissig und borkig, die Lippen sind sehr trocken, die Temperatur zeigt sich anhaltend hoch, 39,6 Morgens, und Abends 40,4. Der Milztumor hat zugenommen, so dass die Spitze sehr leicht palpabel ist. Bei der Palpation der Spitze fiel uns sofort eine Eigenthümlichkeit auf, welche uns den betreffenden Krankheitsfall als besonders bemerkenswerth erscheinen liess. Es zeigte nämlich die Spitze eine deutliche rhythmische Vorwärtsbewegung, welche genau isochron mit dem Carotispulse war. Wir suchten die Ursache dieser sonderbaren Erscheinung zu eruiren, dachten zuerst an eine fortgepflanzte Pulsation vom Herzstosse her, oder an eine Pulsation, welche von der Aorta abdominalis fortgeleitet wäre, oder sonst woher. Solche Möglichkeiten auszuschliessen gelang uns aber leicht durch den Umstand, dass wir die Spitze der Milz mit den Fingern umfassen konnten. Wir fühlten nämlich hierbei sehr deutlich, dass es sich nicht um eine einfache Vorwärtsbewegung der Milz in regelmässigen Intervallen handelte, sondern dass zu gleicher Zeit in derselben rhythmischen Weise eine Anschwellung der Milzspitze vorlag. Wir fühlten auf's Deutlichste, dass in demselben Momente, in welchem die Milz einen Stoss gegen den tastenden Finger ausübte, der zwischen den Fingern liegende Theil der Milz dicker wurde, anschwoll und härter erschien, um unmittelbar hinterher wieder abzuschwellen und weicher zu werden. Dies Bild wiederholte sich in derselben Weise immer wieder von Neuem. Aus solchem Befunde war es nicht schwer zu schliessen, dass die Milz Erscheinungen unterworfen sei, welche mit einer wechselnden Blutfülle in unmittelbarer Verbindung mit dem Circulationsapparat, speciell mit der Triebkraft desselben, dem Herzen in Zusammenhang gebracht werden müsse. Aus solchen Erwägungen durften wir als richtige Folgerung schliessen, dass wir hier eine deutliche Pulsation der Milz vor uns hatten, oder, um mit Gerhardt zu reden, einen pulsirenden Milztumor. Die Auscultation über diesem Milztumor ergab ein ganz dumpfes kurzes Anschlagen.

Was nun den Verlauf dieses pulsirenden Milztumors anlangt, so liefert die Erkrankung den manifesten Beweis, dass seine Symptome von dem Herzen direct abhängig waren. Im Verlauf des Typhus nämlich konnten wir beobachten, dass, als am Ende der 2. Woche in Folge einer sehr erheblichen Darmblutung die Herzkraft erlahmte, dies auch deutlich an dem Milztumor zu constatiren war. Zwar pulsirte er deutlich und war die rythmische Anschwellung der zugänglichen Milzspitze so hervorstechend, dass selbst der weniger Geübte die Erscheinungen deutlich controliren konnte; doch war die Energie des Milzpulses und der Milzanschwellung sehr herabgesetzt. Weiterhin fand sich, als in der 3. Woche der Verfall der Kräfte des Patienten sehr zunahm, dass die Symptome des pulsirenden Milztumors nachliessen; wenn aber dann, sei es durch protrahirte laue Bäder mit nachfolgender kalter Uebergiessung, sei es durch subcutane Injection von Kampher oder Aether, die Herzenergie gesteigert wurde, so zeigte sich allemal in prompter Weise die Besserung der Herzbewegung auch an dem Milztumor.

Aus der Krankheitsgeschichte der nächsten Zeit wollen wir nur anführen, dass der Verlauf des Typhus abdominalis wenn auch ein schwerer, so doch günstiger war. Hand in Hand mit dem Schwinden des Fiebers ging die Milzvergrösserung zurück und mit ihr alle Erscheinungen, welche vorher den pulsirenden Milztumor gekennzeichnet hatten. Wir haben später noch sehr häufig Gelegenheit gehabt, den Patienten zu untersuchen und haben selbst dann, als Compensationsstörungen des Herzens auftraten, welche zu Stauungen in den Unterleibsorganen Veranlassung gaben, ein ähnliches Bild nicht wieder auffinden können. Dieser Krankheitsfall steht also, was seine Symptome und Entstehungsart anlangt, in engster Verwandtschaft zu dem von Gerhardt.

Auch unser Fall wurde beobachtet bei einem Patienten mit gut compensirter Aortenklappeninsufficienz und ebenfalls tritt hinzu eine Infectionskrankheit, welche in bekannter Weise zu einer Vergrösserung der Milz führt. Um in entferntem Gefässsystem arterieller Art deutliche Pulsationen hervorzurufen, ist die Aorteninsufficienz resp. die in teleologischer Weise durch dieselbe bedingte Hypertrophie der linksseitigen Herzmusculatur speciell geeignet, weil hier die Hypertrophie die höchsten Grade erreicht. Wir sehen in Folge hiervon selbst in den kleineren Arterien den Pulsus celer, wir hören den dumpfen, schlagartigen Ton. Es folgt daraus, dass diese eigenthümlichen Verhältnisse sich dann am evidentesten zeigen müssen, wenn bei erhaltener Herzkraft der Widerstand, den die Gefässwand als solche bildet, wegfällt, durch Gefässnervenlähmung, bei fieberhafter Gefässerschlaffung, welche ihrerseits einen ausserordentlichen Reichthum an Blut bedingen. Solche Bedingungen finden sich, wenn wir den erwähnten Herzfehler voraussetzen, am allereclatantesten bei den Infectionskrankheiten. Es findet sich bei diesen Erkrankungen zunächst eine deutliche Blutüberfüllung der Milz; es ist gerade für den auf solche Weise entstehenden Milztumor bezeichnend, dass derselbe weich und zart anzufühlen ist, wie ja auch bei event. Section ein solcher Tumor als nicht aus festem Gewebe gefügt erscheint. Wir hätten also nicht nur eine Blutüberfüllung des Organs, sondern zu gleicher Zeit auch die im Fieber stets vorhandene Schlaffheit desselben hervorzuheben. Es hat auf solche Weise die durch die Aortenklappeninsufficienz bewirkte Hypertrophie die allergünstigsten Bedingungen, um einen pulsirenden Milztumor hervorzurufen, und wir finden uns hier vollständig in Uebereinstimmung mit Gerhardt, welcher ebenfalls diese beiden Momente, abnorme Blutdruckverhältnisse und fieberhafte Erschlaffung der Gefässwandungen, für die theoretische Erklärung in Betracht zieht.

Seit jener Zeit haben wir alle Fälle von Erkrankungen, welche eine Milzanschwellung im Gefolge haben, untersucht. Es sind meistens croupöse Pneumonien asthenischer Form und Typhen gewesen. Wir haben unter den Erkrankungen Hypertrophien des linken Ventrikels durch vielerlei Ursachen gesehen, aber irgend

einen Einfluss auf ähnliche Erscheinungen der Milz nicht finden können. Erst in der allerjüngsten Zeit kam uns ein Fall zur Behandlung, aus dessen Verlauf wir kurz Folgendes hervorheben wollen:

II. Fall. Am 2. Januar 1887 erkrankte ein 37 J. alter Arbeiter an einer croupösen Pneumonie, welche mit Schüttelfrost begann, in der rechten Seite Schmerzen auslöste und neben charakteristischem Sputum und Herpes labialis eine deutliche Dämpfung im Bereich des rechten unteren Lappens mit bronchialem Athmen und Knisterrasseln darbot. Speciell anführen wollen wir die Thatsache, dass Patient eine deutliche Hypertrophie des linken Ventrikels hatte, ohne dass ein Klappenfehler vorlag und ohne dass eine Störung der Herzmusculatur als Ursache hätte dienen können, wie auch die Untersuchung der Nieren negative Resultate ergab. Gestützt auf die Beschäftigungsweise des Patienten, der als Schmied schwere Arbeit mit dem Hammer zu verrichten und schwere Eisenmassen zu heben und verladen hatte, stellten wir die Diagnose auf eine Beschäftigungshypertrophie. Die Hypertrophie machte sich in der Weise geltend, dass auch bei ihr die mittleren Arterien eine sichtbare Pulsation zeigten und dass die Pulscurven Bilder ergaben, welche auffallend ähnlich denjenigen erschienen, welche für die Aortenklappeninsufficienz so sehr massgebend sind. Bei diesem Pat. nun erreichte die Milzvergrösserung nicht nur den Rippenbogenrand, sondern die Spitze der Milz ging bis 4 cm breit über denselben hinaus. Dies war am 5. Tage der Erkrankung sehr deutlich zu constatiren, so dass diese Erscheinung wie die zu erwähnende Eigenthümlichkeit nicht nur von mir beobachtet wurde, sondern dass von vielen unserer Praktikanten mit Leichtigkeit bei den Unterrichtsübungen dasselbe wahrgenommen werden konnte. Es zeigte nämlich der weiche Milztumor eine der Herzthätigkeit isochrone Pulsation und ausserdem eine deutliche periodische Anschwellung der Spitze, welche mit den Fingern sehr leicht umspannt werden konnte, so dass man deutlich sich zu überzeugen im Stande war, dass die Milz gleichzeitig mit dem Pulsstoss eine Expansion erfuhr, auf welche eine Contraction folgte. Auch hier lehrte der Verlauf der Erkrankung, dass der pulsirende Milztumor von der Herzenergie abhängig war. Erlahmte die Herzkraft, wie es ja bei der asthenischen Pneumonie so häufig vorkommt, so waren auch die Milzerscheinungen weniger erheblich.

Nahm während der fieberhaften Periode die Herzkraft zu, so konnte der Milztumor geradezu als prognostischer Massstab dienen. Als dann endlich am 13. Tage die Pneumonie sich langsam per lysin löste und der Milztumor schwand, verlor sich auch die erwähnte Eigenthümlichkeit der geschwellten Milz. Auscultationserscheinungen sowohl während wie nach der Krankheit haben wir über der Milz nicht nachweisen können.

Was die theoretische Erklärung dieses Falles von pulsirendem Milztumor anlangt, so schliesst sich derselbe am ungezwungensten den obigen Auseinandersetzungen an. Auch hier haben wir es zu thun mit einem fieberhaften Milztumor, der offenbar bei der kräftigen Hypertrophie des linken Ventrikels durch den Einfluss der fieberhaften Gefässerschlaffung weit stärker als wie gewöhnlich anschwoll. Ob die Hypertrophie des linken Ventrikels bedingt ist durch eine Aorteninsufficienz oder ob durch vermehrte Anforderungen an das Herz, ist an sich gleichgiltig; es kommt nur darauf an, dass der hypertrophische linke Ventrikel sehr »muskelgesund«, sehr energisch und kräftig zu arbeiten vermag. Eine Aortenstenose wird aus naheliegenden Gründen keinen pulsirenden Milztumor bewirken können, und sei auch die compensatorische Ventrikelhypertrophie noch so sehr arbeitskräftig.

In einer gewissen Beziehung zu diesen Mittheilungen über pulsirenden Milztumor stehen die Veröffentlichungen von Maissurianz[3]), Ordinator am Michailowschen Krankenhause zu Tiflis, welcher bei einem an Intermittens erkrankten Manne über der Milz, welche, stark vergrössert, 2 Finger breit den Rippenbogen überragte, mit grosser Deutlichkeit ein dem Pulsschlage des Patienten entsprechendes intermittirendes Geräusch hörte. Der Sitz des Hauchens konnte nur in den Arterien der Milz sein; auch noch in 8 anderen Fällen von mehr oder weniger frischen Milzvergrösserungen konnte er das Geräusch auffinden. Hat nun auch dieses Geräusch zunächst nur theoretisches Interesse, so ist es für uns doch von grossem Werthe, weil es uns lehrt, dass bei fieberhafter Milzanschwellung die Gefässe Erscheinungen zeigen, die sonst fehlen, die vor Allem durch den grossen Blutreichthum ihre Erklärung finden und die zu dem pulsirenden Milztumor durch die Art ihrer Entstehung in Verwandtschaft treten.

[3]) Maissurianz Samson: Ueber das Milzgeräusch bei Febris intermittens. Petersburger med. Wochenschrift 1884. No. 52 p. 517.

Beiträge zur Symptomatologie und Behandlung der puerperalen Eklampsie.

Von Dr. *Max Stumpf*, Professor an der k. Hebammenschule und Docent an der k. Universität.

(Nach einem im ärztlichen Verein in München gehaltenen Vortrag.)

Auf der ersten Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie hatte ich Gelegenheit, auf Grund einiger genau beobachteter und nach allen Richtungen untersuchter Fälle einen Beitrag zur Pathogenese der puerperalen Eklampsie zu liefern. Der damals gehaltene Vortrag ist seitdem in den Verhandlungen des Congresses im Druck erschienen. Dies ist der Grund, warum ich heute nicht mehr auf die Pathogenese der genannten Erkrankungsform eingehe, sondern die Symptomatologie und Behandlung der Eklampsie zum Gegenstand meiner heutigen Besprechung gewählt habe. Es erscheint gerade eine Erörterung in dieser Richtung um so nothwendiger, als besonders in Bezug auf die Symptomatologie durch die gegenwärtig gebräuchlichen Lehrbücher einige ungenaue Angaben und irrthümliche Auffassungen Verbreitung gefunden haben, so dass ein Beitrag zur Aufklärung dieser wichtigen und gefährlichen Krankheit vielleicht erwünscht sein dürfte.

Meine Beobachtungen, die ich im Folgenden mittheile, gründen sich auf 27 selbst beobachtete Fälle; von diesen stammen 23 aus dem Material der k. Universitäts-Frauenklinik seit deren Uebergang in den Besitz der k. Staatsregierung (1. Mai 1884), 2 aus dem Material der geburtshilflichen Poliklinik und 2 aus der zweiten medicinischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses München l. d. Isar aus der Zeit, in welcher ich als Assistenzarzt des Hrn. Geheimrath Prof. v. Ziemssen zu fungiren die Ehre hatte. Letzterem sowie meinem jetzigen hochverehrten Chef und Lehrer, Herrn Geheimrath Winckel, spreche ich für die Ueberlassung des Materiales meinen tiefgefühlten Dank aus.

Was zunächst das Vorkommen der puerperalen Eklampsie und deren Vertheilung auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betrifft, so ergiebt mein Material von den verbreiteten Anschauungen erheblich abweichende Aufschlüsse. Nach Angabe der Lehrbücher von Schröder, Spiegelberg und Nägele trifft die überwiegende Mehrzahl der Fälle von Eklampsie auf die Zeit nach dem Beginne der Geburt; demgemäss wird ziemlich allgemein die Eklampsie mit der Geburt in ursächlichen Zusammenhang gebracht, oder wenigstens die Geburt als occasionelles Moment für den Ausbruch der Erkrankung angesehen. Schröder giebt an, dass unter 316 von ihm selbst zusammengestellten Fällen 190 mal (= 60 Proc.) die Krankheit während der Geburt auftrat; in 62 Fällen (= 19,6 Proc.) trat die Krankheit in der Schwangerschaft und in 64 Fällen (= 20,4 Proc.) im Wochenbett auf. Eine umfassende Zusammenstellung von Wieger ergiebt 24 Proc. für die Schwangerschaft. Nach Spiegelberg tritt die Eklampsie überwiegend

häufig erst in der Geburt auf und zwar in der ersten Hälfte derselben: in der Schwangerschaft sehe man sie selten vor Ende des siebenten Monates, nur ganz vereinzelt vor dem sechsten Monat. Aehnlich lauten die Angaben Nägele's. Von meinen 27 Fällen trat die Eklampsie nur 6 mal nach wirklichem Beginne der Geburt auf, und zwar 5 mal erst gegen Ende der Geburt in der Austreibungsperiode; ein Fall betraf eine erst im Wochenbett eingetretene Eklampsie. Alle übrigen 20 Fälle dagegen gehören der Schwangerschaft an, denn in allen diesen Fällen war zur Zeit des Eintritts in die Klinik, obgleich derselbe in vielen Fällen erst nach Auftreten einer Reihe von Anfällen erfolgte, noch keine Spur einer Geburtsthätigkeit nachzuweisen oder dieselbe befand sich ganz im Beginne, während die Kranhheitserscheinungen bereits ihren Höhepunkt erreicht hatten. Allerdings trat dann früher oder später nach Ausbruch der ersten eklamptischen Symptome Wehenthätigkeit ein, so dass in allen diesen 20 Fällen die Ausstossung des Kindes ante terminum erfolgte. Auf die Zeit der Schwangerschaft vertheilt sich der Ausbruch der Eklampsie in den erwähnten 20 Fällen in folgender Weise:

Auf	den	X.	Monat	treffen	3 Fälle
»	»	IX.	»	»	6 »
»	»	VIII.	»	»	6 »
»	»	VII.	»	»	3 »
»	»	IV.	»	»	2 »

Es scheint aus dieser kleinen Statistik hervorzugehen, dass sogar das Auftreten der Eklampsie vor der 28. Woche keineswegs so selten ist, wie Spiegelberg annimmt, denn unter unseren 27 Fällen trat die Erkrankung 5 mal, also fast in einem Fünftel aller Fälle vor der 28. Woche auf, und 2 Fälle treffen sogar auf die erste Hälfte der Schwangerschaft. Die Eklampsie scheint demnach nicht eine ausschliessliche Complication der Geburt, sondern — und dies sogar vorwiegend — eine Complication der Schwangerschaft zu sein; diese Complication führt dann allerdings zur Geburt und zwar — weil sie eine Complication der Schwangerschaft ist — zur vorzeitigen Geburt. Hiebei soll jedoch nicht in Abrede gestellt werden, dass durch den Eintritt der Geburt und die hiebei erfolgende starke Erregung sensibler Nervenendigungen im Genitaltractus die Anfälle auf reflectorischem Wege verstärkt werden können.

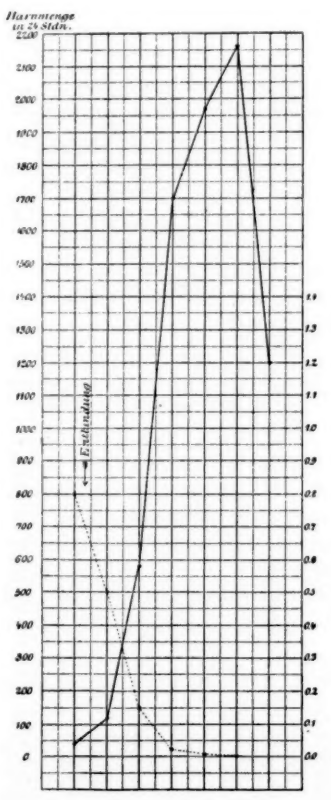
Die Geburt pflegt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sehr rasch zu verlaufen, namentlich bleibt die Zeitdauer der zweiten Geburtsperiode durchgehends erheblich hinter der Durchschnittsdauer zurück, was um so auffälliger erscheinen muss, als es sich auch in meinen Fällen überwiegend um Erstgebärende handelt. Unter den 27 Eklamptischen finden sich 21 Erstgebärende. Die Angabe verschiedener Autoren, dass es sich hiebei um besonders junge und um besonders alte Erstgebärende handelt, kann ich aus meinem Materiale bestätigen, denn von den 21 Erstgebärenden finden sich 4 unter 20 und 4 über 28 J. alte Personen. Von den 6 Mehrgebärenden wurden 2 in der zweiten, eine in der dritten und 3 in der vierten Schwangerschaft von der Erkrankung befallen. Ueber die vierte Schwangerschaft hinaus wurde die Erkrankung nicht beobachtet.

Die grosse Mehrzahl der 27 von Eklampsie Befallenen betraf kräftige, robust gebaute und früher stets gesunde Personen. Von vielleicht prädisponirenden Momenten konnte die Anamnese zweimal eine in der Kindheit durchgemachte Scarlatina nachweisen; in einem Falle wurde in Erfahrung gebracht, dass die Schwester der Kranken ebenfalls an puerperaler Eklampsie erkrankte und gestorben sei.

Von allen die Eklampsie einleitenden Symptomen ist wohl das constanteste und frappanteste die hochgradige Albuminurie. In meinen 27 Fällen fehlte sie niemals. Viele Autoren legen grosses Gewicht darauf, dass es Fälle von Eklampsie ohne Albuminurie giebt und stützen sich hiebei besonders auf die Zusammenstellung von Ingerslev, welcher 106 Fälle aus der Literatur sammelte, in welchen entweder keine Albuminurie nachgewiesen werden konnte oder bei der Section die Nieren gesund befunden wurden. Die Resultate aus solchen Zusammenstellungen des Materials fremder und verschiedener Beobachter sind jedoch mit Vorsicht aufzunehmen. Aus einer ähnlichen von Tittel in Rücksicht auf die Behandlung vorgenommene Zusammenstellung ergiebt sich, dass die Notizen über die Urinbeschaffenheit vielfach mangelhaft sind. Ob die Eklampsie wirklich so häufig ohne Albuminurie vorkommt, wie aus der Zusammenstellung Ingerslev's hervorzugehen scheint, dürfte demnach zweifelhaft sein.

Bekanntlich ist geringgradige Albuminurie in der Gravidität keine Seltenheit und jedenfalls viel häufiger als Eklampsie, Personen jedoch mit hochgradiger Albuminurie (einen Eiweissgehalt von 0,4 Proc. und darüber) müssen unbedingt als zur Eklampsie disponirt angesehen werden. Die Albuminurie ist jedoch durchaus nicht das einzig maassgebende Moment zur Entstehung der Eklampsie, denn es kann eine hochgradige Albuminurie längere Zeit fortdauern, ohne dass Convulsionen und Coma auftreten. Sowie jedoch Oligurie eintritt, ist der Ausbruch der Eklampsie fast sicher. Wenn also auch bei bestehender Albuminurie und normalen oder nahezu normalen Harnmengen das Auftreten schwerer cerebraler Symptome nicht direct zu befürchten ist, so muss man doch stets im Auge behalten, dass bei höheren Graden von Albuminurie es jeden Augenblick zu Oligurie, ja sogar zu vollständiger Anurie kommen kann.

Die Albuminurie pflegt nach Einsetzen der Anfälle noch zuzunehmen. Die procentualische Menge des Eiweisses im Harn bei Eklampsie erreicht die bei den höchsten Graden von acuter Nephritis beobachteten Zahlen. Als grösster Eiweissgehalt wurde von mir in einem Falle die enorme Menge von 2,5 Proc. beobachtet. Nach Aufhören der Albuminurie vermindert sich der Eiweissgehalt des Harns meist auffallend rasch. So habe ich in einem Falle eine Eiweissmenge von 0,8 Proc. im Wochenbett binnen 40 Stunden vollständig verschwinden sehen. Auch in dem erwähnten Falle, wo der Eiweissgehalt bis auf 2,5 Proc. gestiegen war, ging derselbe in $1^1/_2$ Tagen auf 0,05 Proc. zurück. Ganz geringe Grade von Albuminurie erhalten sich jedoch häufig noch Tage, manchmal sogar Wochen lang, bis endlich die letzte Spur von Eiweiss aus dem Harn verschwindet.



Hand in Hand mit der Verminderung des Eiweissgehaltes macht sich nach Ablauf der Erkrankung ein beträchtliches Steigen der Harnmenge bemerklich. In einem Falle erreichte die 24stündige Harnmenge nach der Geburt die beträchtliche Zahl

von 4 Litern; einAnsteigen auf 2 und 3 Liter ist keine Seltenheit. Durchschnittlich erreicht die Wasserausscheidung durch die Nieren am 3.—4. Tage nach der Geburt ihr Maximum, um von da allmählig zur Norm abzusinken.

Auf vorstehender Curve finden sich die Schwankungen der 24 stündigen Harnausscheidung und des procentualen Eiweissgehaltes in einem leichteren Falle von Eklampsie graphisch dargestellt.

Aus vorstehender typischer Curve ist ersichtlich, dass relativer Eiweissgehalt und Harnmenge in umgekehrtem Verhältnisse zu einander stehen. Sowie die Harnmenge sich erhebt, sinkt der Eiweissgehalt. Die Harnmenge erreicht im vorstehenden Falle ihr Maximum (= 2160 cc) am 4. Tage pp. zu der Zeit als der Eiweissgehalt auf 0 zurückgegangen war.

Ausser dem Eiweiss sind wir im Stande, auch andere abnorme Bestandtheile im Harn nachzuweisen. Der wichtigste unter denselben ist der Zucker. Seit ich den Harn Eclamptischer auf Zucker untersuche, konnte ich denselben mittelst der Nylander'schen Reaction als nie fehlenden Harnbestandtheil nachweisen. Der Zuckergehalt tritt meist vor dem Ausbruch der Convulsionen auf und verschwindet nach Aufhören derselben sehr rasch, meist innerhalb der ersten 2 Tage. Dass der Zucker erst in Folge der convulsivischen Anfälle im Harn erscheint, ist nicht anzunehmen, denn er liess sich in zahlreichen Fällen schon vor Auftreten des ersten Anfalles nachweisen. Eine pathognostische Bedeutung für das Auftreten von Eklampsie hat er jedoch nicht, denn es ist bekannt, dass auch bei gesunden Schwangeren der Harn nicht selten geringe Zuckermengen enthält, wahrscheinlich in Folge von Resorption aus der Milchdrüse. Diese Zuckermengen sind allerdings sehr gering, denn man erhält mit den gebräuchlichen Reagentien nur schwache Reduction. Bei Harnen Eklamptischer erwies sich die Reduction (bei der Nylander'schen Probe) erheblich stärker, jedoch konnten quantitative Bestimmungen wegen der geringen zur Verfügung stehenden Harnmengen nicht vorgenommen werden. Jedenfalls scheint bei Eklampsie das Auftreten von Zucker im Harn eine constante Erscheinung zu sein.

Eine ebenfalls, wie es scheint, constante Erscheinung ist eine starke Acidität des Harns. Selbst im Hochsommer konnte ich den Harn Eklamptischer vier Tage und länger stehen lassen, ohne dass die saure Reaction verschwand. Welche Säure diese starke Acidität bewirkt, ist zweifelhaft. Vielleicht steht das Auftreten einer starken Aceton-Reaction hiemit im Zusammenhang, und wir hätten es dann mit einem dem Aceton nahe stehenden und dessen Reactionen gebenden Körper zu thun. Bemerkenswerth ist, dass in den Fällen, die in Genesung übergehen, mit dem Eintritt der Polyurie ein massenhaftes Urat-Sediment auftritt; dasselbe schwindet erst nach 4—6 Tagen.

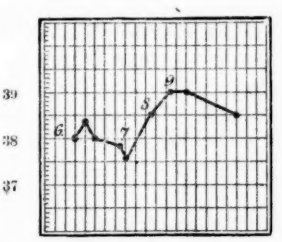
In einigen wenigen Fällen war es möglich, Leucin und Tyrosin im Harne nachzuweisen; es war dies nur in Fällen möglich, in welchen unter Auftreten eines terminalen Icterus die Eklampsie zum Tode führte und wo die Section tiefgehende Veränderungen der Leber ergab, in deren Extrakt sich dann ebenfalls die beiden Körper in grossen Mengen fanden. Bei mit Genesung endigenden Fällen war es niemals möglich, diese Körper im Harn nachzuweisen.

Ausser den beschriebenen Anomalien der Harnsecretion scheint es wichtig, das Verhalten des Pulses, der Respiration und Temperatur und endlich einige Erscheinungen von Seiten des centralen und peripheren Nervensystems einer Erörterung zu unterziehen.

Das Verhalten des Pulses ist bei puerperaler Eklampsie ein ziemlich constantes. Die Traube'sche Erklärung der Pathogenese der Eklampsie setzt bekanntlich zum Zustandekommen der markanten Krankheitserscheinungen einen erhöhten Druck im Aortensystem voraus, welcher sich an den peripheren Arterien durch erhöhte Füllung und Spannung des Gefässrohres geltend machen müsste. Eine solche erhöhte Arterienspannung ist nun an der Radialarterie keineswegs immer zu erkennen. Im Gegentheil konnte in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine kleine, leicht unterdrückbare Pulswelle beobachtet werden, besonders wenn schon eine grössere Anzahl von Anfällen vorausgegangen war. Daneben sehen wir constant eine meist beträchtliche Erhöhung der Pulsfrequenz — auf 100—120 Schläge — eintreten. In einem Falle konnte zufällig die bemerkenswerthe Erscheinung beobachtet werden, dass ganz plötzlich unter dem tastenden Finger die Pulsfrequenz um das Doppelte stieg; diese Erscheinung war das Signal zum Ausbruche eines gewaltigen eklamptischen Anfalls. Nach Verschwinden der Anfälle und Nachlassen des Koma's pflegt die Pulsfrequenz in wenigen Tagen sehr rasch zur Norm zurückzukehren; erhält sich dagegen die Pulsfrequenz auf ihrer Höhe, so ist die Prognose stets mit Vorsicht zu stellen.

Diese Beobachtungen über die Qualität des Pulses stimmen mit den neuerdings von Ballantyne[1]) veröffentlichten sphygmographischen Curven überein, aus denen hervorgeht, dass zu Anfang der Erkrankung die Arterienspannung eine vermehrte ist, nach einer Anzahl von Anfällen aber abnimmt.

Die Temperatur steigt regelmässig mit dem Einsetzen der eklamptischen Anfälle an und nimmt, worauf schon früher von Herrn Geheimrath Winckel aufmerksam gemacht worden ist, mit jedem neu eintretenden Anfalle um einige Zehntelsgrade zu. Die Temperatur kann auf diese Weise bis weit über 40° steigen und hört auch niemals zu steigen auf, solange die Anfälle wiederkehren. Dieses Verhalten der Temperatur, auf das in den Lehrbüchern nicht nachdrücklich genug hingewiesen wird, erlaubt eine nahezu sichere Prognose des einzelnen Krankheitsfalles. Bleibt die Temperatur auch nach Aufhören der Anfälle eine hohe, so ist mit Sicherheit die Prognose lethal zu stellen; in den Fällen, in welchen die Krankheit in Genesung übergeht, fällt die Temperatur ausnahmslos in steiler Curve zur Norm ab.



Hiemit vollständig übereinstimmende Beobachtungen sind übrigens schon von Bourneville[2]) veröffentlicht worden, aber sie scheinen nicht beachtet worden zu sein.

Die vorstehende Temperatur-Curve zeigt ein Beispiel des Temperaturganges in einem mittelschweren Falle von Eklampsie während der Zeit vom 6. bis 9. Anfall.

Ein eigenthümliches Verhalten zeigt während des eklamptischen Comas die Respiration. Dieselbe ist eine sehr tiefe, geräuschvolle und nur selten stärker beschleunigt; so dass die Zahl von 20—22 Athemzügen meist nicht überstiegen wird. Nur bei Complicationen Seitens der Athemorgane pflegt die Respirationsfrequenz eine grössere zu werden. Durch diese tiefen, regelmässigen Athemzüge werden die Lungen in ausgiebigster Weise ventilirt; trotzdem behalten Gesicht und Lippen fast durchgehends eine mehr oder weniger cyanotische Verfärbung. Beim Auftreten eines Anfalls treten natürlich Unregelmässigkeiten in der Athmung auf, die sich bis zu einem langdauernden tonischen Inspirationskrampf steigern können. Wenn der convulsivische Anfall verblasst, so macht der Inspirationskrampf einer beschleunigten Athmung Platz, die dann allmählich sich wieder verlangsamt und bis zum Eintreten eines neuen Anfalls den

[1]) Edinb. med. Journ. 1885 May. v. Schmidt's Jahrb. Bd. 207, p. 37.

[2]) Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux. Paris 1873, Delahaye.

oben beschriebenen Rhythmus behält. Auch in der Anfallspause sind bei der Athmung stets die accessorischen Respirations-Muskeln mehr oder weniger in Thätigkeit.

Der comatöse Zustand mit dem beschriebenen Athmungstypus erinnert am meisten an den bekannten von Kussmaul als Coma diabeticum beschriebenen Symptomencomplex. Auf den eigenthümlichen, aromatischen Geruch der ausgeathmeten Luft, der am meisten an Aceton erinnert, ist schon von anderen Autoren hingewiesen worden.

Bisher so gut wie gar nicht beachtet sind einige Erscheinungen von Seiten des Gefäss- und Nervensystems, auf welche ich noch in Kürze hinweisen möchte. Zunächst sind es multiple Blutungen unter die Haut, deren Auftreten bei sehr schweren Fällen von Eclampsie ich wiederholt beobachten konnte. Dieselben erfolgen mit Vorliebe an Stellen, wo Traumen eingewirkt haben, besonders wo subcutane Injectionen mit Aether oder Oleum camphoratum gemacht worden sind. Ich konnte wiederholt Fälle beobachten, in welchen bei jeder derartigen Injection an beliebigen Stellen des Körpers in kürzester Zeit, oft in einer Viertelstunde, bis zu handtellergrosse blutige Suffusionen von eigenthümlich blauer Farbe entstanden. Es geschieht dies jedoch durchaus nicht ausschliesslich an Stellen, wo ein Trauma stattgefunden hat, denn gerade in dem letzten zur Section gekommenen Falle konnte das Vorhandensein solcher Extravasate an Stellen nachgewiesen werden, wo sicher keine Injection gemacht worden war. Das Auftreten dieser Erscheinung ist von höchst verhängnissvoller Bedeutung für die Prognose, denn ich habe keinen Fall, in welchem dies beobachtet wurde, genesen sehen.

Eine ganz constante und bisher so gut wie gar nicht gewürdigte Erscheinung von Seiten des peripheren Nervensystems ist eine mehr oder weniger hochgradige Hauthyperästhesie und eine beträchtliche Verstärkung der Patellarsehnenreflexe. Trotz des tiefen Comas, in welchem die Kranken daliegen, reagieren sie oft lebhaft auf geringe Hautreize, z. B. auf leichtes Kneipen, auf Nadelstiche etc., ferner besonders bei Exploration der Genitalien und vollends bei operativen Maassnahmen. Solche mechanische Reize, die von der äusseren Haut aus wirken, lösen auch nicht selten einen neuen eklamptischen Anfall aus, so z. B. habe ich bei einem Versuch, die Placenta auf leichten Druck von den Bauchdecken aus zu entfernen, einen heftigen Anfall auftreten sehen. Dasselbe ist auch von Winckel wiederholt beobachtet worden. Diese Hyperästhesie dauert oft lange nach dem Cessiren der Anfälle fort und erstreckt sich dann meist auch auf die höheren Sinnesorgane. Solche Kranke halten, selbst wenn sie aus dem Coma erwacht sind, oft lange Zeit die Lider geschlossen und antworten, wenn man versucht dieselben von einander zu entfernen oder wenn auf das geöffnete Auge ein starker Lichtreiz einwirkt, mit heftigen abwehrenden Bewegungen. Die Verstärkung der Patellarsehnenreflexe konnte ich bisher in jedem Falle nachweisen, und zwar ist diese Verstärkung eine sehr beträchtliche.

Schliesslich möchte ich noch auf das Verhalten der Psyche nach abgelaufener Eklampsie in Kürze zu sprechen kommen. Zu wirklichen psychischen Erkrankungen im Wochenbett kommt es nach übereinstimmender Anschauung der Autoren nach überstandener Eklampsie nur selten. Dennoch zeigen sich die Functionen des Gehirns besonders nach gewissen Seiten noch längere Zeit nach Ablauf der Eklampsie nicht unwesentlich alterirt, und besonders ist es die Gedächtnissphäre, die oft lange Zeit nach Wiederkehr des Bewusstseins und bei vollkommener Wiederkehr der übrigen psychischen Functionen noch sehr mangelhaft bleibt. In einem unserer Fälle war sogar ein vollständiger Ausfall des Gedächtnisses, der sich fast auf die ganze Dauer der Schwangerschaft erstreckte, zu beobachten, und diese Amnesie dauerte bis zum Tage der Entlassung (11 Tage nach der Geburt) an. In einem anderen unserer Fälle kam es zum Ausbruche einer wirklichen Psychose im Wochenbett. Es handelte sich um eine 23 Jahre alte, verheirathete Primipara, welche im eklamptischen Coma ein todtes Mädchen aus der Mitte des 9. Schwangerschaftsmonats geboren hatte und nach 18 heftigen eklamptischen Anfällen wieder zu sich kam. Nachdem sie ca. 36 Stunden lang wieder bei Bewusstsein geblieben war und keinerlei auffallende Erscheinungen gezeigt hatte, stellten sich plötzlich Verfolgungsideen mit immer mehr sich steigernder Unruhe ein, so dass die Kranke am 4. Tage nach der Geburt in die Irrenanstalt gebracht werden musste; sie beruhigte sich daselbst jedoch sehr rasch und konnte nach fünfwöchentlichem Aufenthalte in der Irrenanstalt vollständig geheilt entlassen werden.

(Schluss folgt.)

Aus dem Pathologischen Institute zu München.

Ueber den multiloculären Echinococcus der Leber mit specieller Berücksichtigung seines Vorkommens in München.

Von Dr. *Nikolaus Nahm.*

Prof. H. Vierordt in Tübingen hat vor Kurzem eine ausführliche Monographie über den Echinococcus multilocularis veröffentlicht (Vierordt Hermann, Abhandlung über den multiloculären Echinococcus, Freiburg i. B. 1886. Mohr), in der er in eingehender Casuistik alle bis dahin publicirten Fälle dieser Erkrankung zusammenstellt. Darunter befinden sich 14 Fälle, die in München zur Beobachtung kamen; 7 davon sind von Buhl, 1 von Bauer, 3 von Klemm und 3 von Prof. Bollinger beschrieben worden. Ein Fall von Echinococcus multil., der im Jahre 1884 von Brinsteiner in einer Inauguraldissertation geschildert wurde, ist von Vierordt in seiner Schrift nicht angeführt worden. Indess giebt Buhl in den Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München Band II 1881 an, dass bis zum Jahre 1876 13 Fälle von Echinococcus multilocularis im pathologischen Institut zu München zur Section gekommen seien. Da die Fälle von Klemm, Bollinger und Brinsteiner erst nach dem Tode Buhl's beobachtet wurden, so mussten noch 5 Fälle von jenen, die bis zum Jahre 1876 im pathologischen Institute constatirt wurden, unveröffentlicht sein.

Durch die Freundlichkeit des Hrn. Prof. Bollinger, der mir die Sectionsjournale und Sectionsberichte des Münchener pathologischen Institutes, soweit sie vorhanden sind, zur Verfügung stellte, wurde es mir ermöglicht, obige Zahlen zu controliren und zu vervollständigen. Als Resultat ergab sich, dass bis zum Jahre 1879 — so dürfte die von Buhl angegebene und von Vierordt (p. 125) mit Recht bezweifelte Jahreszahl 1876 umzuändern sein — wirklich 5 Fälle mehr zur Section gelangten, als publicirt worden waren. Von 1879—1887 wurden im Ganzen 9 Fälle secirt. Davon wurden 3 von Klemm, 3 von Prof. Bollinger und 1 von Brinsteiner veröffentlicht. Es bleiben mithin noch 2 Fälle, die bisher nicht bekannt wurden. Die Gesammtsumme der zu beschreibenden Fälle beläuft sich demnach auf 7.

Bei einer in mancher Beziehung noch so dunklen Krankheit, wie es der Echinococcus multilocularis ohne Zweifel ist, dürfte wohl jeder Fall in seinen Einzelnheiten von Werth sein; ich führe deshalb in Folgendem alles an, was ich aus den Sectionsjournalen, resp. Sectionsberichten des pathologischen Institutes ersehen konnte.

Die Fälle 74 und 75 der Vierordt'schen Abhandlung, von denen Prof. Bollinger nur angegeben, dass sie Frauen zwischen 30 und 45 Jahren betrafen, werden etwas genauer

beschrieben werden. Auch dürfte hier am Platze sein, den von Brinsteiner publicirten Fall, der in der Literatur noch wenig bekannt geworden zu sein scheint, in der Hauptsache zu wiederholen.

I. Fall. Frau von 45 Jahren.

Section am 8. Mai 1865. Anatomische Diagnose: Multiloculärer Echinococcus der Leber, des Diaphragma, der Lunge; letztere mit dem Diaphragma und dieses mit der Leber verwachsen. Compression des Ductus choledochus. Icterus der Leber. Icterus gravis. Ascites. Obsol. Tuberculose in den Lungenspitzen. Atheromatose. (Behandelt in der I. medicinischen Klinik.)

II. Fall. Mann von 41 Jahren.

Section am 7. December 1867. Anatomische Diagnose: Multiloculärer Ecchinococcus der Leber. Ueber faustgrosser Knoten im rechten Leberlappen hinten und oben, kleine, zahlreiche Knoten in der Umgebung. Allgemeiner Icterus durch Compression des Ductus choledoch. Gewicht der Leber 2820 g. (I. med. Klinik.)

III. Fall. Mann von 40 Jahren.

Section am 18. April 1888. Anatomische Diagnose: Multiloculärer Echinococcus der Leber, des Zwerchfells, des Unterlappens der rechten Lunge. Subacute Tuberculose der Lunge. (Behandelt von Dr. v. Gietl, Dr. Seitz in München.)

IV. Fall. Frau von 34 Jahren.

Section am 25. November 1869. Résumé der Symptome: Patientin hat vor 4 Wochen entbunden. Während des Wochenbettes Diätfehler. Erscheinungen von Peritonitis. Später Symptome von Induration der Lungen nnd von Exsudation in die Pleurahöhle.

Anatomischer Befund: Kräftiger Körper, blasse, etwas in's gelbliche spielende Hautfarbe; aufgetriebenes Abdomen. Aus den Brüsten etwas Milch ausdrückbar, Musculatur blass.

In der linken Brusthöhle ca. 2 Pfund serös-faserstoffiges Exsudat. Faserstoff in grossen Flocken der Lunge aufgelagert. Unterlappen der linken Lunge fast vollständig comprimirt. Im rechten Thoraxraum ebenfalls viel seröses Exsudat, dagegen Faserstoff in geringer Menge. Ober- und Mittellappen der rechten Lunge stark ödematös. Unterlappen in den unteren $^2/_3$ Theilen comprimirt. In der Hauptarterie ein ächter adhärenter Thrombus. Herz gehörig. Omentum mit den Gedärmen, letztere untereinander und mit der Bauchwand durch gelbes, faserstoffiges Exsudat verklebt. Milz blass, weich, mit Faserstoffauflagerungen. Schleimhaut des Darmkanales injicirt. Leber gross, blutreich, dunkel, gleichmässig braun. Am stumpfen Rande des linken Leberlappens ein wallnussgrosser Herd von alveolärem Echinococcus. Zähe dunkle Galle. Nieren vergrössert, brüchig, Parenchym dunkel, Corticalis hell.

Uterus schneidet sich weich, Innenfläche bräunlich, mit dunkler Flüssigkeit belegt. Scheidenschleimhaut gelblichbraun. Geschwüre von 1 cm Durchmesser. Rechtes Ovarium welk, weich, mit der rechten Tube verwachsen zu einer kindskopfgrossen Geschwulst. In der rechten Tube eiterige Flüssigkeit. Linkes Ovarium verkleinert, derb.

Mikroskopischer Befund: Der Keil in der Leber erwies sich mikroskopisch als Echinococcus multilocul. Hacken konnten keine entdeckt werden. (II. medicinische Klinik)

V. Fall. Frau von 23 Jahren.

Section am 8. August 1878. Anatomischer Befund: Hochgradiger Icterus. Oedem an den unteren Extremitäten, Atrophie von Muskeln und Fettpolster.

Im linken Thoraxraum serös-faserstoffiges Exsudat. Lunge mit frischem Faserstoff überzogen. Die ganze linke Lunge durchsetzt mit miliaren Knötchen, die icterisch gefärbt sind. An der Spitze eine kleine Caverne; auch im Unterlappen, der noch weniger lufthaltig ist und dunkel injicirt erscheint. Miliartuberkel der kleinsten Sorte. Rechte Lunge, leicht verwachsen, zeigt ebenfalls auf der Pleura schon Miliartuberkel und Ecchymosen. Auf dem Durchschnitt zeigen sich in der ganzen Lunge kleinste Miliartuberkel. Durch entsprechende Desquamativpneumonie dunklere, compactere und luftärmere Beschaffenheit des Gewebes. Eiter in den Bronchien, leichtes Oedem.

Herz etwas brüchig.

Milz sehr vergrössert, überall dicht besetzt mit Miliartuberkeln, schon im Ueberzug. Maasse: 23, 10, 5 cm. Pulpa dunkler, etwas weich und ebenfalls eingestreut vereinzelte, etwas grössere, gelbkäsige Tuberkel.

Leichter Ascites, etwas gelbliche Flüssigkeit im Abdomen. Blutig gefärbter Inhalt im Magen, etwas état mamelonné der Schleimhaut; grüne, dunkle, flüssige Massen im Dick- und Dünndarm. Leber auffallend vergrössert, reicht bis über den Nabel herunter. Breite 32, Höhe 25, Dicke 14 cm. Der rechte Leberlappen zeigt schon äusserlich eine auffallende Farbenverschiedenheit dadurch, dass er weissgelblich erscheint. Einzelne Stellen knorpelartig verdickt und erhaben über die Oberfläche vorragend. Der peritoneale Ueberzug mit mehr oder minder injicirten Adhäsionen versehen und auf ihm und um denselben finden sich kleinere und grössere Bläschen, die sich als serumerfüllte Räume mit gelblich gefärbter Wandung erkennen lassen. Diese punkt- bis erbsengrossen Räume liegen in dem grösseren Theile der oberen Partie des rechten Leberlappens zahlreich und dicht nebeneinander; sie lassen zwischen sich nur ein ebenfalls gelblich gefärbtes, glänzendes Maschengewebe erkennen, so dass die ganze über kindskopfgrosse Partie sich ziemlich deutlich, wenn auch nicht scharf von dem anliegenden Lebergewebe, das blass, brüchig und icterisch erscheint, absetzt. In der Pforte finden sich in den Drüsen dieselben cystösen Bildungen. Die Leber wiegt 3807 g.

Nieren ebenfalls hochgradig icterisch, glänzend, ödematös. Cysten in der Rinde. (Behandelt in der I. med. Klinik.)

VI. Fall. Taglöhnersfrau von 58 Jahren.

Section 1. November 1885. Résumé der Symptome: Patientin ist 3 Tage vor ihrer Aufnahme ins Spital mit Frost, Erbrechen und Stechen in der rechten Seite der Brust erkrankt. Während dieser 3 Tage bot sie nur die Erscheinungen der croupösen Pneumonie.

Anatomischer Befund: Mittelgrosser, ziemlich gut genährter Körper, blass. Am Unterschenkel ein circa fünfpfennigstückgrosser Substanzverlust. (Geschwür). Venen der unteren Extremitäten sehr stark gefüllt.

Pneumonie des Ober- und Mittellappens der rechten Lunge. Lappen untereinander verlöthet. Im Bauchraum einige Esslöffel gelber Flüssigkeit. Leber bedeutend vergrössert, im rechten Lappen mit Zwerchfell und rechter Niere verwachsen. Rechter Lappen von weisser, derber Oberfläche. Beim Durchschneiden ergiesst sich sprudelnd eine schmutzig grün gefärbte Flüssigkeit (300—400 g). In der Mitte des Lappens eine über mannsfaustgrosse Höhle mit fetzigen Wandungen. Gallenblase dunkelviolett, strotzend gefüllt mit schwarzgelber Flüssigkeit. Milz ums dreifache vergrössert. (Krankenhaus r. I.)

VII. Fall. (Bei Vierordt Nr. 74). Sergeantenfrau von 36 Jahren.

Section am 3. December 1884. Résumé der Symptome: Seit 1878 Klagen über drückende Schmerzen in der Magengrube. Patientin musste sich mit dem Essen in Acht nehmen, konnte aber ihren Dienst als Köchin versehen. October 1882: Verheirathung. Ende Januar 1883 machte sie einen Abortus durch. (1877 gebar sie normal ein Kind, das nach $7^1/_2$ Monaten an »Wasser im Gehirn« starb.) Ende Februar 1884 zeigten sich die ersten Anfänge einer anscheinend catarrhalischen Gelbsucht mit ihren gewöhnlichen, klinischen Erscheinungen, welcher Zustand mit abwechselnder Besserung und Verschlimmerung bis Anfangs Juni 1884 andauerte. Dann kamen hinzu: leichtes Fieber (durch Befühlen der Haut constatirt, Temperatur nicht gemessen), gänzlicher Appetitmangel, heftiges bis kurz vor dem Tode andauerndes Jucken des ganzen Körpers, das sie im Schlafe störte. Kratzeffecte an den verschiedenen Körperstellen, besonders an der Kopfschwarte. Xanthopsie. Jetzt wurde eine bis drei querfingerbreit den rechten Rippenbogen überragende, druckempfindliche, auch nach links vergrösserte, besonders in dem rechten Lappen resistente Leber constatirt. Anfangs September 1884 trat vorübergehend Seh-

schwäche auf; die Xanthopsie blieb immer. Auch ein linksseitiges Hornhautgeschwür trat auf, das ebenfalls rasch heilte. Von da ab drängte die Leber die untern Rippenbogen stark hervor und das Zwerchfell bis zur 3. Rippe in die Höhe. Bis zur Spina ant. sup. dextra konnte die Leber mit einem weichen, deutlich mit den Fingern umgreifbaren Lappen verfolgt werden. Durch Verkleinerung des Brustraumes entstanden so nach und nach Athembeschwerden und durch Verkleinerung des Bauchraumes Stauungen im venösen Rückfluss, Anasarca, Oedem der Bauchdecken. Es traten Morgenschweisse auf. Die schmutzig gelbbraune Haut schilfert ab. Dazu kam am 23. November 1884 heftiges, kaum durch blutstillende Watte zu bekämpfendes Nasenbluten und allenthalben schmerzhafte Blutaustritte in's Unterhautzellgewebe, erkennbar durch Farbe und Fluctuation. Von da an nahm der Verfall rapide zu und Pat. ging am 2. December 1884 Nachts 11 Uhr (12 Stunden vorher delirirend, in den letzten Stunden comatös) zu Grunde.

(Bei der Section konnte wegen Widerstand des Mannes nur die Leber herausgenommen werden).

Anat. Bef.: Im Bauchraume einige Liter hämorrhagischer, trüber Flüssigkeit. Leber nach allen Seiten verwachsen; vergrössert; besonders der rechte Lappen und zwar dieser hauptsächlich im Dickendurchmesser. Der rechte Lappen zeigt einen kindskopfgrossen, sich hart anfühlenden Tumor, der auf dem Durchschnitte das bekannte wabenähnliche Aussehen zeigt. Alveolen von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse. Der Tumor ist nicht deutlich abgegrenzt. Im Innern des Tumor befindet sich eine taubeneigrosse, unregelmässig gestaltete Caverne mit braungelber, zerfressener Wandung. In der Caverne etwas hämorrhagische, trübe Flüssigkeit. Die Portaldrüsen sind derb infiltrirt, von derselben Consistenz wie der Lebertumor. (Behandelt von Dr. Hummel in München.)

VIII. Fall. (Nr. 75 bei Vierordt.) Chorsängerswittwe von 34 Jahren.

Section am 10. December 1884. Résumé der Symptome: Anatomisch ist nichts zu erfahren, als dass Patientin seit 6 Monaten an Gelbsucht leidet, für welche sie sich keine Ursache denken kann. Dyspnoë, Schmerzen in der Lebergegend. Leber vergrössert, hart, stark icterische Färbung, beträchtliche Abmagerung. Mässiger Ascites. Geringer Milztumor. (Nach Angabe der Patientin besteht die schmerzhafte Schwellung in der Lebergegend bereits 8 Monate.)

Anat. Befund: Haut an Rumpf und Armen olivengelb, an den Unterextremitäten schwefelgelb. Unterleib aufgetrieben, bei Palpation schwappend. Wirbelsäule im untern Brusttheil kyphoscoliotisch verkrümmt. Untere Extremitäten im mässigen Grade ödematös.

Schädeldach in hohem Grade asymetrisch, linkes Seitenwandbeim stärker convex als das rechte. Innenfläche ist fleckig und streifig orangengelb verfärbt. Dura zeigt schmutzige, rostfarbige Verfärbung, leicht abziehbar. 1—2 mm dicke Auflagerungen. Weiche Häute gallig tingirt. (Pachymen. haemorrh. int.) Oedem.

In der Brusthöhle einige Esslöffel dunkel gefärbte Flüssigkeit. Zwerchfell beiderseits stark nach oben gewölbt, im 3. Intercostalraum. Linke Lunge vielfach mit Pleura verwachsen. Rechte Lunge dunkel schiefrig verfärbt. Pleura zeigt bindegewebige Auflagerungen. Blutgehalt sehr reichlich. Aus den Bronchien, die schleimige, schmutzig-gelbe Auflagerungen haben nnd deren Schleimhaut schmutzig gelb gefärbt, entleert sich bei Druck eine gelbliche, schaumige Flüssigkeit.

Im Herzbeutel einige Esslöffel wenig gefärbter Flüssigkeit. Auf dem Herzen bindegewebige Auflagerungen. Linker Ventrikel vergrössert und hypertrophirt. Rechter Ventrikel und Vorhof erweitert. Innenfläche der Aorta und Pulmonalis citronengelb gefärbt.

In der Bauchhöhle befinden sich über 6 Liter einer dunklen, blutig tingirten, serösen Flässigkeit, an deren Oberfläche gelber Schaum.

Milz um's Dreifache vergrössert. Masse 17,5 l, 12,5 b, d 4,7 cm. Gewicht 425 g. Kapsel livide verfärbt mit fleckigen, gelblichen Auflagerungen. Gewebe dunkelbraun, weich. Im Darmcanal schmutziger, schleimiger Inhalt. Dünndarmschleimhaut gelblich verfärbt.

Leber mit dem Zwerchfell verwachsen, um $^1/_3$ vergrössert, zeigt bindegewebige, schwielige Auflagerungen. Der linke Leberlappen zeigt eine gut kindskopfgrosse Geschwulst, die sich durch dunkler braune Färbung von dem übrigen, grauen Lebergewebe absetzt deutlich. Auf dem Durchschnitt ergiebt sich, dass das Innere des Tumors aus einer grossen Caverne besteht, deren Wandung braungelb icterisch verfärbt und unregelmässig gebuchtet aussieht. Gallenblase strotzend gefüllt mit schleimigem, blutigen Inhalt. Obliteration des Ductus cysticus. Im Duct. hepat. und Duct. choledochus steinharte Knoten.

Aus der Caverne entleerte sich eine schmutzige, gallig tingirte Flüssigkeit.

Rechte Niere mit dem Lebertumor verwachsen. Grösse normal. Farbe grüngelb, stellenweisse fleckig-schieferig verfärbt. Linke Niere grüngelb. (Behandelt in der Medic. Poliklinik und I. Medic. Klinik.)

IX. Fall. (Dissertation Brinsteiner[1]). Schreibersfrau von 33 Jahren.

Section am 24. December 1883. Résumé der Symptome: Patientin, welche unter sehr ungünstigen Verhältnissen lebte, trat 2 Monate vor ihrem lethalen Ende in poliklinische Behandlung. Sie bot icterische Erscheinungen dar, die angeblich schon 3 Monate bestanden haben, konnte aber noch ihre häuslichen Arbeiten verrichten. Am 14. März 1883 musste sie sich in's Krankenhaus München r./I. aufnehmen lassen. Beim Eintritt ist Pat. fieberlos, klagt über enorme Schwäche, Schmerzen im rechten Arm, in der regio iliaca sin. und in den Füssen; die ganze Haut war intensiv graugelb, die Sclera ganz gelb gefärbt; ausserdem zeigten sich Blutungen aus Zahnfleisch und Mundschleimhaut, nebst Nasenbluten; ebenso faustgrosse, schmerzhafte Blutergüsse in die Muskeln der Unterextremitäten, sowie zahlreiche über den ganzen Körper verbreitete Petechien, Sugillationen und Kratzeffecte.

Das Zwerchfell erwiess sich rechts normal hochstehend und die untere Lebergrenze reichte bis zum Rippenbogen. Im Abdomen ist keine Geschwulst zu palpiren.

Die Milz erscheint nicht vergrössert. Appetit war sehr gut. Stuhl in den letzten Tagen hämorrhagisch. Es stellte sich nun bald hochgradige Anämie nebst kleinem Puls und enormem Schwächefühl ein, bis schliesslich am 21. März 1883 $6^1/_2$ Uhr Morgens der lethale Ausgang erfolgte.

Anat. Befund: Mittelgrosse weibliche Leiche von schlechtem Ernährungszustande. Sclera intensiv icterisch. Hautdecken schmutzig gelbbraun, besetzt von den schon erwähnten, hämorrhagischen Ergüssen. Zwerchfellstand 5. Intercostalraum.

Lungen gehörig.

Im kleinen Becken fand sich etwas blutig gefärbte Flüssigkeit. Milz etwas vergrössert, Kapsel gelb verfärbt, glatt. Pulpa breiig weich.

Niere stark icterisch.

Magen und Darm mit blutig tingirtem, schmutzigen Inhalt gefüllt, Schleimhaut blass.

Die Leber bietet, nachdem sie 2 Monate in Alkohol gelegen, folgendes Bild: Sie scheint im Allgemeinen nicht vergrössert. Gewicht 1500 g. Ungefähr in der Mitte des rechten Leberlappens hat sich die sonst schmutzig, graubraune Farbe der Leberkapsel in eine graugelbe verwandelt, etwa in der Ausdehnung eines kleinen Handtellers. An dieser Stelle finden sich auch ziemlich bedeutende, bindegewebige Verdichtungen: hier fühlt sich das Gewebe auch sehr derb und hart an, während das übrige Lebergewebe matsch und welk. Die Oberfläche zeigt an dieser Stelle leichte Prominenzen in Form zusammenhängender, kleiner, bläschenartiger Gebilde. Beim Durchschneiden dieser veränderten Partien zeigt es sich, dass wir einen derben Tumor von knorpelartiger Beschaffenheit vor uns haben, scharf abgegrenzt vom übrigen Lebergewebe, der sich durch

[1]) Joseph Brinsteiner, Zur vergleichenden Pathologie des Alveolar-Echinococcus der Leber. Inaug.-Dissert. Präsid. Bollinger. München 1884.

die ganze Dicke der Leber hindurch erstreckt und die concave Fläche derselben in der Gegend der Porta im Umfange einer mittelgrossen Kartoffel noch knollig überragt. Lob. Spig. und Lob. quadr. frei. Gallenblase und portale Gefässe mit dem Tumor verwachsen. Die Schnittfläche des Tumor bietet eine graugelbe, in's Grünliche spielende Färbung dar. Das Stroma ist durchsetzt von zahlreichen, punktförmigen bis erbsengrossen Hohlräumen, die sämmtlich mit gallertiger Masse angefüllt. Der Tumor gleicht auf dem Durchschnitt vertrocknetem Schwarzbrod. Die Alveolen, unregelmässig von Gestalt sind im Centrum grösser als in der Peripherie. Die gallertige Masse besteht aus vielfach gebuchteten, gefalteten und ineinander gerollten, dünnen Membranen. In dem Tumor ist ein Canal, der sich schliesslich zu einer haselnussgrossen Höhle ausbuchtet. Das Innere dieser Caverne füllen theilweise fetzige und schmierige Massen von rothbrauner Farbe aus. Der Duct. cystic. fast vollständig vom Tumor obturirt, aber frei von Echinoc., ebenso ist die Pfortader frei. Dagegen ist die Art. hepat. sowie deren Seitenäste in grosser Ausdehnung von dem Tumor usurirt und in sie hinein lassen sich die cystösen Wucherungen mit den vorhin geschilderten Membranen verfolgen, soweit noch Gefässe an dem Präparate vorhanden. Portale Lymphdrüsen geschwellt, aber frei. Aus unverletzten Alveolen fliesst beim Einschneiden eine schmutzig gelbliche, wasserähnliche Flüssigkeit heraus. Eine zweite gleich grosse, schwielige Verdichtung findet sich im linken Leberlappen und zwar nimmt sie die ganze linke Ecke des obern, stumpfen Randes ein. An der äussern linken Kante zeigt sich eine tiefe Einschnürung, wodurch eine welschnussgrosse Hervorwölbung entstand. Tumor deutlich begrenzt, dem im rechten Lappen ganz ähnlich, nur erweist sich die eben erwähnte Hervorwölbung als lose, über einen Hohlraum gespannte Bindegewebshülle, die sich leicht in den Hohlraum hineinstülpen lässt. Im Innern des Tumor finden sich 2 Cavernen, die fetzige schmierige Massen von rothbrauner Farbe enthalten. Die Wandung ist vielfach zerklüftet. Die grössere Caverne ist taubeneigross, geht von der Mitte des Tumor aus und reicht an der erwähnten Hervorwölbung bis direct unter die verdickte Leberkapsel; die kleinere Höhle liegt ungefähr 3 cm von der concaven Seite der Leberoberfläche entfernt.

Mikroskopischer Befund: Das interalveolare Gewebe besteht aus derbem, fibrillären Bindegewebe. Im Bereiche der Tumoren sind die Leberzellen zu Grunde gegangen. In den Alveolen lamellös geschichtete Chitinhüllen, die bald inniger, bald loser an der theils höckerigen, theils glatten Alveolenwand haften. An manchen Präparaten lässt sich auch ganz gut erkennen, wie einzelne Hydatiden durch ectogene Proliferation entstanden sind, indem nämlich von einer grösseren Muttercyste aus sich die lamellösen Membranen gespalten haben und sich lamellöse Tochtercysten gebildet haben deren geschichtete Chitinhüllen minder stark entwickelt sind als die der Muttercyste. Auch scheint es mir (Brinsteiner) nach einigen Präparaten wahrscheinlich, dass Tochtercysten einfach durch Ausstülpungen und Abschnürungen der Wand der Mutterblase entstanden seien.

Die endogene Hydatitenbildung ist nur an einem einzigen Präparate zu sehen, aber hier sehr charakteristisch; sie wurde auch von Herrn Professor Dr. Bollinger als solche anerkannt. Es hat sich nämlich von den lamellös geschichteten Membranen einer grösseren Muttercyste nach innen eine fast gleich grosse Tochtercyste abgespalten und ausserdem finden sich in dem geringen Zwischenraum zwischen beiden Cysten zwei weitere, kleinere Tochtercysten, die ebenfalls als deutlich von der Wand der Muttercyste ausgehend erkannt werden können. Die Parenchymschicht ist an einzelnen Hydatiden ziemlich gut zu sehen, aber nirgends Brutkapseln oder gar Scolices oder Häckchen.

Der Inhalt der ulcerösen Höhlen besteht vorwiegend aus einem körnigen, fettigen Detritus, Chitinhüllen, Bindegewebsbündeln, in fettigem Zerfall und Erweichung, und aus Hämatoïdin-, Cholestearin-Margarinkrystallen.

(Schluss folgt.)

Aus der medicinischen Klinik zu Freiburg i. B.

Fälle von Leber-Abscess nach veralteter, völlig latent verlaufener Perityphlitis und nach Duodenalgeschwür, wahrscheinlich durch einen Gallenstein hervorgerufen.

Von Dr. *Reinhold*, Assistenzarzt.

(Schluss.)

Epikrise.

Es handelte sich also in klinischer wie in anatomischer Beziehung um ein vollständiges Analogon des 1. Falles.

Im Vordergrunde des Interesses steht bei beiden der ätiologische Gesichtspunkt, der Zusammenhang der Pfortader-Pyämie mit einer obsoleten, noch dazu völlig latent verlaufenen Perityphlitis. Beide Male handelte es sich um eine alte Perforation des Proc. vermiformis. In dem Falle Allgaier war der nach dem Durchbruche in das Rectum restirende kleine Eiterherd jedenfalls älter als der um einen Monat zurückdatirte Beginn der Erkrankung; und in dem Fall Ziegler wurde makroskopisch überhaupt kein Eiter mehr in loco infectionis vorgefunden, sondern nur eine schiefrige Narbe, deren Alter mindestens nach Monaten, wenn nicht nach Jahren zu schätzen war. (Jener kleine gelblich-eiterige Belag auf dem rechten Ligt. latum war wahrscheinlich erst kurz vor dem Tode entstanden, jedenfalls aber so frisch, dass er nicht als Ausgangspunkt einer schon vor 100 Tagen begonnenen metastatischen Erkrankung der Leber in Anspruch genommen werden konnte.)

Beide Fälle gehören also — wenigstens klinisch — im weiteren Sinne in das Gebiet der von Leube (D. Archiv für klin. Medicin 1878) mit dem Namen der »kryptogenetischen Septicopyämie« bezeichneten Erkrankungsformen, zu deren Aetiologie und Symptomatologie einige Jahre später Dr. P. Wagner aus der Leipziger Klinik interessante Beobachtungen mitgetheilt hat. (D. Arch. f. klin. Med. 1881, Bd. 28, S. 521 ff.)

Speciell unser zweiter Fall (Ziegler) ist besonders deshalb in erster Linie hierher zu rechnen, weil auch post mortem an der einzig plausiblen Eingangspforte des pyämischen Giftes keinerlei specifische Veränderungen mehr nachzuweisen waren, speciell keine eiterigen Thromben, — genau wie in dem zweiten Fall der Leube'schen Publication (1878), in welchem die pyämische Infection von einem zurückgebliebenen, 14 Tage vor Eintritt in das Hospital entfernten Placentar-Stücke ausging. Derartige Beobachtungen lassen es möglich erscheinen, dass in manchen der Fälle, wo auf die Leber beschränkte Abscessbildung scheinbar unabhängig von ulcerativen Processen im Pfortaderwurzelgebiete auftrat (Frerichs, Klinik der Leberkrankheiten II, S. 112 f., — Birch-Hirschfeld, pathol. Anatomie II, S. 597), doch irgend ein kleiner Herd zu Grunde lag, der zur Zeit, wo die Allgemeininfection zum Tode führte, schon verheilt war und deshalb auch bei der Autopsie dem makroskopischen Nachweis leicht entgehen konnte. Aehnliche Verhältnisse sind ja für die von Wunden der äusseren Haut ausgehende Pyämie mehrfach beobachtet (cfr. Wagner l. c.). So lange man freilich für die Sicherstellung des Ausgangspunktes eines Leberabscesses den Nachweis einer localen Phlebitis der Pfortaderwurzeln postulirte, mussten derartige Fälle unverstanden bleiben. Eine solche war ja in unserem Falle Ziegler auch nicht vorhanden, dagegen liess sich der Anschluss der Leber-Abscesse an die peripheren Ausbreitungen der V. portarum anatomisch mit Sicherheit demonstriren (cfr. Sectionsbericht), wie ja denn auch a priori bei einer streng auf die Leber beschränkten multiplen Metastasenbildung dieser Weg der Infection als der allein denkbare erscheinen musste.

Was die veranlassende Ursache für die Recrudescenz des Processes war, bleibt in dem Fall Ziegler vollständig dunkel; in dem ersten Fall (Allgaier) boten vielleicht die im Anschluss

an den anamnestisch namhaft gemachten Diätfehler eingetretenen Störungen der Darmperistaltik die Gelegenheitsursache zur Verschleppung des scheinbar eingeschlossenen virulenten Materials in den Pfortaderkreislauf. Jedenfalls lag beide Male eine Autoinfection im strengsten Sinne des Wortes vor.

Einen in ätiologischer Hinsicht völlig dem unsrigen analogen Fall hat Dr. M'Clelland (Liverpool) in der Lancet 10. IV. 1886 veröffentlicht: Leberabscess, ausgehend von Ulceration des Proc. vermif. durch eine Stecknadel, die 14 Monate vorher verschluckt worden war. Sicherlich verdient der ätiologische Zusammenhang der in unseren Gegenden zur Beobachtung kommenden Leberabscesse mit derartigen Processen um so mehr Beachtung, als einmal in dieser Hinsicht noch nicht gerade sehr viel Material gesammelt worden ist, andererseits die Perityphlitis resp. Perforation des Proc. vermif. eine verhältnissmässig so häufige Affection darstellt.

Noch eine weitere Mahnung könnte man aus diesen Fällen entnehmen, nämlich die, dass man bei Behandlung der eiterigen Perityphlitis mehr und mehr die Indication ins Auge zu fassen hat: wo irgend es angeht, dem Eiter auf operativem Wege einen Ausweg zu bahnen und so für eine dauernde, wirkliche Heilung die denkbar sicherste Basis zu schaffen. Dass auch die Entleerung des Eiters durch den Darm in diesen Fällen oft nur eine scheinbare Heilung bedeutet, — dafür liefert unser erster Fall (Allgaier) einen instructiven Beleg: hatte doch der Durchbruch des Abscesses in das Rectum die Patientin nicht vor dem späteren Zustandekommen einer Infection des Pfortader-Blutes bewahrt.

Bezüglich des klinischen Verlaufes sind nur einige wenige Punkte namhaft zu machen.

Beide Male von Anfang hohes, mit Schüttelfrösten einhergehendes Fieber, wie bei allgemeiner Pyämie; als erstes objectives Symptom eine Milzvergrösserung; hier wie dort schon frühzeitig Erscheinungen, die auf eine locale Affection der Leber hinwiesen, — lange bevor eine Vergrösserung auch dieses Organes nachzuweisen war.

Bei unserer zweiten Patientin (Ziegler) verdient noch hervorgehoben zu werden der schliesslich sehr protrahirte Verlauf (3 Monate), nachdem die Affection in ihrem ersten Beginn unter dem Bilde einer ganz acuten, schweren Infectionskrankheit eingesetzt hatte. Die dabei wochenlang vorhandene relative Euphorie und das Fehlen schwerer dyspeptischer Störungen bildet klinisch einen Hauptunterschied gegenüber einem ähnlich protrahirt verlaufenen Falle von Leyden (Charité-Annalen 1886), in welchem multiple Leberabscesse aus ectatischen Gallengängen sich entwickelt hatten und eine Zeit lang intensiver Icterus bestand. Sehr wahrscheinlich ist dieser Unterschied in dem Verhalten der Verdauungsorgane in erster Linie darauf zu beziehen, dass bei unserer Patientin eben noch ein sehr grosser Theil des Leberparenchyms intact und vor Allem auch der Abfluss der Galle ein stets unbehinderter war. Die regelmässige Nahrungsaufnahme macht es auch allein erklärlich, dass so lange Zeit hindurch das Herz noch kräftig arbeitete und allgemeine Circulationsstörungen nicht eintraten; erst als die schon durch den Meteorismus in ihrer freien Entfaltung behinderten Lungen noch eine weitere Beeinträchtigung ihrer Ausdehnungsfähigkeit durch den doppelseitigen Pleura-Erguss erfuhren und somit ein wesentliches Hilfsmoment der Circulation theilweise ausgeschaltet war, — erst da erlahmte die Herzkraft ziemlich rasch; es traten Stauungserscheinungen auf, in den comprimirten Lungentheilen bildeten sich Bronchiectasien aus und schliesslich erfolgte der Tod unter den Erscheinungen einer ziemlich acuten Insufficienz des Herzmuskels.

Für die Frage der operativen Behandlung endlich bieten beide Fälle insofern ein wenn auch nur negatives Interesse, als sich bei beiden post mortem die völlige Aussichtslosigkeit eines in dieser Richtung etwa unternommenen Versuches herausstellte. In dem Fall Ziegler konnte während einer mehrmonatlichen Beobachtung trotz wiederholter, mit Sorgfalt angestellter Explorationen niemals ein Anhaltspunkt dafür gewonnen werden, bei Probe-Punction an irgend einer bestimmten Stelle auf Eiter zu stossen; und, wie die Autopsie lehrte, hätte selbst eine ausgiebige Probe-Incision nur dazu führen müssen, die Operation wieder zu unterbrechen, denn auf dem frei unter dem Rippenbogen vorragenden Theile der Leberoberfläche würde kein Herd dem Messer sich zur Eröffnung dargeboten haben. Auch die Erfahrungen von Leyden mit dem vorher angezogenen Falle, in welchem wiederholt resultatlos punctirt wurde, waren ja sehr wenig ermuthigend.

Mit einer ähnlichen Multiplicität kleiner Krankheitsherde wird man voraussichtlich wohl in allen derartigen Fällen dann zu rechnen haben, wenn nach wochen- bis monatelangem Krankenlager, nach Vorausgegangensein zahlreicher Schüttelfröste, die Diagnose einer suppurativen Hepatitis zur Gewissheit geworden ist, dabei aber die Leber selbst nur eine allgemeine und gleichmässige Vergrösserung zeigt, während nirgends eine locale Prominenz oder gar Fluctuation sich nachweisen lässt.

Ganz anders steht in dieser Hinsicht unser dritter Fall da, bei welchem eine Zeit lang die Chancen für einen chirurgischen Eingriff so günstig wie möglich zu liegen schienen, dann aber eigenthümliche Complicationen dazu führten, dass die schon in Angriff genommene operative Behandlung schliesslich dennoch fehlschlug.

Fall III. Frau Karoline Trenkle, 35 J. alt, aufgenommen den 24. VII., † den 12. VIII. 1886.

Anamnese: Pat. erkrankte am 19. VII. unter Frost und Hitze, mit Kopfschmerz und Gefühl von Druck in der Magengegend; am nächsten Tage stellte sich Erbrechen und Schmerz in der rechten Seite des Abdomens ein. Seither febrile Beschwerden, Appetitlosigkeit, Aufstossen; bei jeder stärkeren Bewegung Schmerzen in der Gegend vom rechten Rippenbogen abwärts bis zur Darmbeinschaufel. Pat. will schon längere Zeit an Neigung zu Obstipation leiden; vor 4 Jahren hatte sie einmal 6 Tage lang heftige Schmerzen in der Magengegend und häufiges galliges Erbrechen. Vor 6 Jahren war sie einige Zeit wegen hartnäckiger Koprostase im hiesigen Hospital.

Status praesens 24. VII. 86.

Kräftig gebaute Patientin von gutem allgemeinen Ernährungszustande; Haut und Schleimhäute blass, nicht icterisch. Zunge belegt. Temperatur stark febril (40,2), Puls 132. Sensorium frei. Ueber beiden hinteren Lungenpartien kleinblasiges Rasseln. Am Herzen kein besonderer Befund, Spitzenstoss an normaler Stelle.

Abdomen meteoristisch aufgetrieben, auf dessen Haut ausser alten Striae stark erweiterte Venen sichtbar, ebensolche auf der Haut der vorderen Thoraxfläche.

Die Leber überschreitet in der rechten Mamillar- und Parasternal-Linie mit ihrem unteren Rande den Rippenbogen um Handbreite, reicht in der Mittellinie bis 2 Finger oberhalb des Nabels; ihre linke Grenze zieht dann steil nach aufwärts und erreicht den Rippenbogen links in der Parasternallinie. Oberer Rand vorne an der 6. Rippe. Ueber dem linken Lappen und nach rechts bis zur Mamillarlinie zeigt die Leber ausgesprochene Druckempfindlichkeit. Vorwölbungen oder Ungleichheiten der Consistenz sind auf der Leberoberfläche nicht nachweisbar; nirgends Reibegeräusch. In der linken Axillargegend eine ca. 8 cm hohe Dämpfung, der Milz entsprechend; deutlich fühlbar ist diese jedoch nicht. Kein freier Erguss in der Bauchhöhle.

Im Harn Eiweiss in mässiger Menge, hyaline und körnige Cylinder.

An den unteren Extremitäten zahlreiche Venectasien; kein Oedem.

In den nächsten Tagen ganz irregulärer Temperaturverlauf

mit Schwankungen zwischen 36,4° und 40,5°; in ungleichmässigen Intervallen erfolgen Schüttelfröste, von galligem Erbrechen begleitet; die Pulszahl sinkt auch zur Remissionszeit selten unter 100. Am 29. VII. schwach icterische Färbung der Sclerae. Subjective Beschwerden bei ruhiger Lage auffallend gering. Pat. erhält mehrmals täglich 0,5 Chinin.

Eine weitere Zunahme des Leberumfangs wurde zuerst am 31. VII. constatirt, dann folgte bis zum 2. VIII. eine sehr auffällige rasche Vergrösserung des Organs, dessen unterer Rand nunmehr überall deutlich abzutasten war. Im Epigastrium, rechts von der Mittellinie, zeigt sich jetzt eine locale stärkere Vortreibung; es besteht hier sehr starke Druckempfindlichkeit, während Palpation des unteren Leberrandes keine Schmerzäusserung hervorruft. Milzvergrösserung constant. Der anfangs an normaler Stelle fühlbare Herzspitzenstoss ist jetzt bis zur linken Mamillarlinie verschoben.

Icterus etwas deutlicher, aber immerhin gering. Constant mässige Albuminurie; ziemlich zahlreiche gelblich hyaline und wachsartige Cylinder mit scharfen Contouren.

In den nächsten Tagen die Schüttelfröste weniger ausgeprägt, auch die Pulsfrequenz im Allgemeinen etwas niedriger.

5. VIII. Obere Lebergrenze am oberen Rande der 5. Rippe. Der untere Rand zwischen Mamillar- und vorderer Axillarlinie nur wenig oberhalb der rechten Spina ilei ant. sup., in der Mittellinie gut $1^1/_2$ Finger breit unterhalb des Nabels. Linke Grenze nach wie vor steil ansteigend.

Die locale Prominenz im rechten Theile des Epigastrium jetzt stärker ausgesprochen; in der Tiefe daselbst deutliche Fluctuation. Uebrigens zeigen die Hautdecken über dieser Stelle weder Röthung noch ödematöse Infiltration.

Am linken Unterschenkel geringes Anasarca.

Auf Grund dieses Befundes glaubte man den Zeitpunkt für eine probatorische Incision gekommen. Pat. wurde deshalb auf die chirurgische Klinik transferirt und dort von Herrn Professor Kraske, der die Kranke schon wiederholt gesehen hatte, Mittags in Narkose eine Incision an der schon mehrfach bezeichneten Stelle, nahezu parallel dem Rippenbogen, gemacht. Nach Blosslegung der auf ihrer Oberfläche vollkommen normal aussehenden und völlig frei beweglichen Leber förderte eine Punction mit der Pravaz'schen Spritze aus circa $^1/_2$—1 cm Tiefe unzweifelhaften Eiter von dicker, rahmartiger Consistenz zu Tage. Man schien eine grössere Eiterhöhle getroffen zu haben, denn mit der eingeführten Nadel liess sich ein Kegelmantel von ziemlich grossem Umfange beschreiben, und über der freigelegten Leber war das Vorhandensein von Fluctuation deutlich zu constatiren.

Da bei dem Allgemeinzustande der Patientin noch keine directe Gefahr im Verzuge schien, so wurde die Wunde vorläufig mit Jodoformgaze austamponirt und die definitive Incision und Drainage des Abscesses so lange verschoben, bis sich Verklebungen zwischen Leber und Bauchwand gebildet haben würden (analog dem v. Volkmann'schen Verfahren für die zweizeitige Operation der Leber-Echinococcen).

In der auf die Probeincision folgenden Nacht hatte Pat. einen Collaps, von dem sie sich jedoch einigermassen wieder erholte, indess bestand von jetzt ab constant eine sehr hohe Pulsfrequenz, während der Temperatur-Verlauf so ziemlich der gleiche blieb.

Bei einem Verbandwechsel am 7. VIII. zeigte sich die Leberoberfläche noch völlig glatt, das Organ ganz frei beweglich. Auch am 9. VIII. (4mal 24 Stunden nach der Operation) noch keine Spur von Verklebung, dagegen ein sulzig-ödematöser Belag auf der Serosa. Bei dieser Gelegenheit ergiebt sich der auffällige Befund, dass die Leberdämpfung bedeutend kleiner geworden ist, namentlich die untere Grenze lange nicht mehr so weit herabreicht wie bisher. Irgend welche Anhaltspunkte dafür, dass eine Perforation des Abscesses in der einen oder anderen Richtung stattgefunden habe, sind nicht vorhanden. Auch im Stuhl kein Eiter.

10. VIII. Da die Leber noch immer nicht adhärent ist, der Allgemeinzustand der Patientin aber sich mehr und mehr verschlechtert, so wird Vormittags die Leber durch einige Nähte an der Bauchwand befestigt (Herr Dr. Middeldorpf) und Nachmittags der Versuch gemacht, den Abscess zu incidiren. Auffallender Weise gelingt es aber jetzt bei mehrfachen Probepunctionen an der freigelegten Stelle nicht, den Eiter zu treffen, obgleich die Nadel nach den verschiedensten Richtungen hin eingeführt wird. Die Vormittags eingelegten Nähte haben sich zum Theil wieder gelöst. Es findet sich jetzt gerade oberhalb der ursprünglichen Incisionsstelle eine circumscripte Vorwölbung der Rippen und Intercostalräume (Spat. inteross. VII und VIII), über der jedoch die Haut ganz unverändert erscheint und Fluctuation nicht nachweisbar ist.

Die ganze Leberdämpfung erscheint im Vergleich zu dem Status vom 5. VIII. in die Höhe geschoben, gleichzeitig aber auch erheblich verschmälert: während die obere Grenze bis zum unteren Rande der 4. Rippe, also nur um die Breite eines Intercostalraumes, emporgerückt ist, steht die untere Grenze ganz unverhältnissmässig viel höher, kaum mehr als Fingerbreit unterhalb des Rippenbogens (vgl. Stat. vom 5. VIII).

Man gewinnt somit den Eindruck, dass die erwähnte Vorwölbung zwischen der 6. und 8. Rippe derselben, früher unterhalb des Rippenbogens gelegenen Stelle entspräche, an welcher die erste Punction am 5. VIII. den Eiter zu Tage förderte. Auffallender Weise hat über dieser Prominenz der Percussionsschall jetzt einen ganz deutlich hochtympanitischen Beiklang, während weiter abwärts absolute Dämpfung besteht. Uebrigens zeigt jetzt auch die untere Leberpartie in der Axillar- und Lumbal-Gegend erhebliche Druckempfindlichkeit.

Von einem weiteren operativen Eingriff wird, da auch ein Einstich nach oben, in der Richtung nach jener prominenten Stelle hin, resultatlos bleibt, abgesehen.

11. VIII. Pat. ist zusehends collabirt, Oedem auch am rechten Bein. Gestern und heute reichliche diarrhoische, stark hämorrhagische Stuhlentleerungen, die mikroskopisch keinen Eiter, wohl aber zahlreiche gallig tingirte, theilweise noch in Reihen angeordnete Dünndarm-Epithelien mit deutlich erkennbarem basalen Saum enthalten; keine Leberzellen.

Vita minima bei einer dauernd über 170 sich bewegenden Pulsfrequenz. Nachmittags $^1/_2$3 Uhr Exitus. (Krankheitsdauer 22 Tage: 19. VII.—12. VIII.)

Die am folgenden Tage Vormittags $^1/_2$12 Uhr von Herrn Hofrath Maier vorgenommene Autopsie ergab folgenden Befund: Magerer, blutleerer Körper. An der rechten Bauchwand über dem unteren rechten Leberlappen eine Operationswunde. Untere Extremitäten ödematös. In der Unterleibshöhle kein Erguss; nirgends Zeichen peritonitischer Reizung.

Zwerchfellshöhe an der 4. Rippe rechts. Linker Leberlappen weit nach links herübergreifend. Gedärme nicht aufgetrieben; an der Oberfläche dunkel gefärbt. In beiden Pleurahöhlen wenig seröse Flüssigkeit. Im Herzbeutel nur etwa ein Esslöffel voll.

Herz blass, grau, schlaff. An der Mitralis einige kleine frische Excrescenzen.

Beide Lungen zeigen durchweg lufthaltiges Gewebe, vorn blass, hinten etwas Hypostase.

Milz vergrössert, weich, blutarm.

Nieren-Kapsel sehr adhärent. Rinde verbreitert, blass.

Dünne und dicke Gedärme enthalten reichliche Mengen von Blutcoagulis; die Wände blutig imbibirt.

Im obersten Theile des Duodenum, unmittelbar unterhalb des Pylorus-Ringes, findet sich an der hinteren und vorderen Seite der Darmwand ein etwa 3 cm im Durchmesser haltendes Geschwür, dessen Ränder nach oben weithin unterminirt erscheinen; an einer etwa 20-Pfennigstückgrossen Stelle in der Mitte des Ulcus ist dessen Grund direct durch das Pancreas gebildet. Eine Communication dieses Geschwürs mit der Bauchhöhle oder der Leber lässt sich nirgends nachweisen.

Gerade an der dem beschriebenen Ulcus gegenüberliegenden Wand des Duodenum ist das letztere mit der Gallenblase verwachsen und findet sich hier eine für einen kleinen Finger durchgängige Communicationsöffnung zwischen Gallenblase und Duodenum, deren oberer Rand 4 cm un-

terhalb des Pylorus gelegen ist. Die Ränder dieser Gallenblasen-Duodenalfistel sind glatt und schiefrig verfärbt.

Von der Gallenblase aus gesehen liegt die Mitte der Perforationsöffnung $2\,^1/_2$ cm vom Vertex vesicae felleae entfernt. Die Gallenblase selbst etwas erweitert, ihre Wände verdickt.

Der Uebergang in den Ductus cystic. durch eine Verengerung markirt, die nach dem Aufschneiden in Form einer vorspringenden Leiste sich darstellt. Der Ductus choledochus in seinem unteren Theile weit.

Unmittelbar hinter der Gallenblase findet sich ein grosser, theilweise von einer glatten Membran ausgekleideter Abscess im Innern der Leber. Die Leber selbst, 25 cm hoch, 27 cm lang, nirgends adhärent, zeigt an der freiliegenden Stelle noch Spuren von Injection und Reste von Nähten. Der linke Leberlappen erscheint intact, während der rechte von mehreren grösseren und kleineren Abscessen mit gallig verfärbtem Inhalt durchsetzt ist, deren einer, wie schon erwähnt, direct an die Gallenblase anstösst. Dicht oberhalb der durch die Incision freigelegten Stelle, in der Höhe des 7. rechten Intercostal-Raumes, kommt man, entsprechend einer dort befindlichen flachen Prominenz, auf eine kleine Abscesshöhle, in deren Umgebung mehrfache eiterig infiltrirte, aber noch nicht eingeschmolzene Herde sich befinden. Nach hinten und oben zu führt eine engere Communication aus dieser kleineren in eine grössere unregelmässige, mit Eiter gefüllte Excavation, die unmittelbar auf der rechten Niere aufliegt und deren Wandung an der Unterfläche der Leber beim Herausnehmen einreisst.

Nach Entfernung des Eiters zeigt sich hier das Lebergewebe in ganz unregelmässiger Weise zerklüftet, die Wandungen des Abscesses vielfach ausgebuchtet; zwischen den Buchten ziehen sich leistenartig und brückenförmig ausgespannte Reste von Lebergewebe hin, mit mehr weniger starken safrangelben Pigmentbeschlägen.

In der weiteren Umgebung der Abscesse mehrfache missfarbige, umschriebene Herde inmitten normal aussehender Lebersubstanz.

Magen mit Blut gefüllt, ohne Veränderungen.

Die Vena cava inf. ist unterhalb der Leber thrombosirt, ebenso die Vena iliaca commun. dextra, die Venae hypogastricae, die Venen der breiten Mutterbänder und die Venae femorales.

Leichendiagnose: Ulcus perforans duodeni. Multiple Leberabscesse, confluirt im rechten Lappen.

Epikrise.

Nach dem Ergebniss der Autopsie konnte es nicht zweifelhaft sein, dass die Leberabscesse von den beiden Ulcerationen im Duodenum und der Gallenblase ihren Ausgang genommen hatten. Die Lage der beiden letzteren an genau einander correspondirenden Stellen der Darmwand (cf. Sectionsbericht) musste die Vermuthung einer beiden gemeinsamen Ursache nahelegen. Wenngleich post mortem keine Concremente in der Gallenblase oder den Gallengängen gefunden werden konnten, so dürfte doch eine ganz ungezwungene und nächstliegende Deutung des Befundes in der Annahme gegeben sein, dass ein Stein in der Gallenblase, welcher in deren Wand zur Ulceration und zum Durchbruch in das Duodenum führte, bei längerem Verweilen gleichzeitig auch in der gegenüberliegenden Wand des Zwölffingerdarms durch den anhaltenden Druck eine Art Decubitus-Geschwür zur Folge hatte. Insofern liefert unser Fall einen interessanten Beitrag zur Pathogenese der Leber-Abscesse sowohl wie der Duodenal-Geschwüre.

Ueber die nähere Art der Entstehung der Leber-Abscesse selbst hat die Section in diesem Falle freilich keinen sicheren Aufschluss ergeben. Jedenfalls war ein continuirliches Uebergreifen des Entzündungsprocesses von der Gallenblase auf das Leber-Parenchym nicht nachweisbar; gerade der direct an den grösseren Leber-Abscess anstossende Theil der Gallenblase zeigte sich makroskopisch nicht wesentlich verändert; die Abscess-Bildung in der Leber selbst aber war überall schon zu weit vorgeschritten, als dass man ihr ursprüngliches Ausgehen von Gefässen oder Gallenwegen noch hätte constatiren können. In der schon bei der Epikrise zu unseren beiden ersten Fällen erwähnten Beobachtung von Leyden (Charité-Annalen 1886), bei welcher ebenfalls Cholelithiasis zu Grunde lag, war das Eindringen von infectiösen Coccen aus dem Darm in die Gallenblase durch eine Erweiterung des Ductus choledochus ermöglicht, ihre Ansiedlung durch eine länger dauernde Gallenstauung erleichtert. Auch bei unserer Patientin waren ja die Bedingungen zu einem Uebertritt von Darminhalt in die Gallenblase durch die Communication der letzteren mit dem Duodenum gegeben; dagegen können aus der Krankheitsgeschichte keine Anhaltspunkte für das Bestehen einer intensiveren, länger dauernden Gallen-Retention gewonnen werden. Zudem war ein ursprünglicher Anschluss der Leber-Abscesse an die Gallenwege nicht zu demonstriren.

Auf eine genauere Verfolgung des Weges, auf welchem das infectiöse Material in die Leber gelangte, muss daher verzichtet werden; immerhin bleibt auch hier der Transport auf dem Wege der Blutbahn doch wohl das Wahrscheinlichste.

Vom klinischen Standpunkt aus verdient besonderes Interesse die einige Tage nach der Incision hervorgetretene überraschende Aenderung des localen Befundes über der Leber, welche den ursprünglich punctirten Eiterherd später nicht mehr auffinden liess und erst durch den Sectionsbefund einigermassen aufgeklärt wurde. Zunächst bestätigte die Autopsie die schon intra vitam sich aufdrängende Vermuthung, dass die Stelle des Abscesses, an welcher zuerst erfolgreich punctirt worden war, später eine Verlagerung nach oben hin erfahren habe. Gleichzeitig aber wird man sich bei Vergleichung des Status vom 5.VIII. und 10.VIII. untereinander und mit dem Sectionsprotokoll der Annahme nicht entziehen können, dass auch gewissermassen eine »Senkung« des Eiters der Schwere nach stattgefunden habe, wenngleich natürlich dieser Ausdruck nicht in dem Sinne gebraucht werden kann wie bei den eigentlichen sogen. Senkungs-Abscessen.

Bei jener ersten Probepunction war es, wie oben erwähnt, nicht zweifelhaft, dass man eine ziemlich umfängliche Eiterhöhle getroffen habe: dafür sprachen die deutliche Fluctuation und die ausgiebige Beweglichkeit der eingeführten Nadel. Dem entsprach nun aber die Grösse des an der betreffenden Stelle post mortem nachweisbaren Abscesses durchaus nicht mehr. Dagegen fand sich nunmehr die Hauptmasse des Eiters nach hinten und unten gelagert und der rechten Niere aufliegend.

Das 2 Tage vor dem Tode constatirte Auftreten hochtympanitischen Schalles an jener prominenten Stelle der Leber kann nach dem Sectionsergebniss auf nichts Anderes als auf Entwicklung von Gasen in dem Abscess bezogen werden, denn es fand sich vor der Leber keine Darmschlinge vor, welche das Erscheinen eines so umschriebenen tympanitischen Schallbezirkes inmitten absoluter Dämpfung hätte erklärlich machen können.

Man sieht sich nach Allem zu der Auffassung gedrängt, dass es damals nach dem operativen Eingriff zu einer Verschiebung des Inhalts der Capsula Glissonii gekommen sei, speciell zu einer Verlagerung des flüssigen Theiles desselben: indem die Kapsel zuerst hinten und unten nachgegeben und dementsprechend aus dem vorderen Abscess der Eiter sich durch den engen Communicationsweg dorthin Bahn gebrochen habe. Wie viel hierzu die bei der Probe-Incision gesetzte Entspannung der Bauchdecken und die dadurch bedingte Aenderung der Druckverhältnisse, vielleicht auch die zu supponirende Gasentwicklung im Innern des Abscesses beigetragen haben mag, wird sich wohl schwerlich durch eine einfache Ueberlegung entscheiden lassen.

Jedenfalls ist die Möglichkeit, dass sich auf diese oder ähnliche Weise ein schon gefundener Abscess dem Messer des Chirurgen nachträglich wieder entzieht, eine gewiss bemerkens-

werthe Erscheinung, die auch bei Discussion der Frage über die einzeitige oder zweizeitige Eröffnung der Leber-Abscesse einige Beachtung verdienen dürfte. Vielleicht, dass man durch sofortiges Annähen der Leber an die Bauchwand dem Eintreten dieses unliebsamen Ereignisses hätte vorbeugen können: wenn auch ein Theil der Nähte sich voraussichtlich wieder gelöst haben würde, so wäre doch wohl durch den gesetzten Reiz die Ausbildung einer adhäsiven Entzündung um so viel beschleunigt worden, um schon nach wenigen Tagen die definitive Incision zu gestatten.

Ferner erhebt sich die Frage, ob nicht für derartige Fälle, in denen eine möglichst baldige Verklebung der Peritonealblätter angestrebt wird, ein anderes Verbandmaterial den Vorzug verdienen würde vor dem Jodoform, dessen die Secretion beschränkende Wirkung wohl auch die Ausbildung einer adhäsiven Entzündung zu verzögern vermag? (vgl. König, Therap. Monatsh. 1887, April, S. 121 ff.)

Bei solitären Leber-Abscessen von relativ einfacher Configuration werden ähnliche Schwierigkeiten sich ja wohl niemals der definitiven Eröffnung entgegenstellen; immerhin sind aber doch Verhältnisse denkbar, unter denen ein derartiges Ereigniss eine entscheidende Bedeutung gewinnen könnte — entscheidender als in unserem Falle, in welchem ja sicherlich auch bei sofortiger Incision eine ausreichende Drainage ausserordentlich erschwert gewesen wäre und zudem die umfänglichen Zerstörungen der Lebersubstanz das Zustandekommen einer vollständigen Genesung wohl kaum mehr zugelassen hätten.

Uebrigens ist das rasche Eintreten des lethalen Endes bei unserer Patientin wohl nicht zum geringsten Theile mit auf Rechnung der profusen Blutung aus dem Duodenal-Geschwür zu setzen.

Soviel über diese Fälle. Ein vierter, ebenfalls in demselben Zeitraum auf der hiesigen Klinik zur Beobachtung gelangter Fall, der intra vitam nach dem ganzen Symptomenbilde als Leber-Abscess imponirte, kann hier nicht verwerthet werden, weil seitens der Angehörigen leider die Autopsie verweigert wurde. Es ist dies um so mehr zu bedauern, als Manches aus der Anamnese dieses vierten Falles dafür sprach, dass auch hier der Ausgangspunkt der Hepatitis in einem älteren oder frischeren perityphlitischen Process zu suchen war.

Für gütige Ueberlassung des Materials bin ich meinem hochverehrten Chef Herrn Geh. Hofrath Bäumler, sowie den Herren Geh. Hofrath Maier und Professor Kraske zu Dank verpflichtet.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Dr. A. Cahn: Die Verdauung des Fleisches im normalen Magen. Zeitschrift für klin. Medicin, XII, S. 34.

Verf. hat im Verein mit v. Mering und Rothschild schon früher die Behauptung aufgestellt, dass bei Fleischkost die saure Reaction des Magensaftes ausschliesslich durch Salzsäure bedingt ist, dass aber hinsichtlich der Menge der Salzsäure bei verschiedenen Individuen grosse Differenzen bestehen.

In vorliegender Arbeit weist Verfasser durch Versuche am Hunde nun zunächst nach, dass an demselben Thiere bei Einhaltung gleicher Bedingungen auch gleiche Salzsäurewerthe erhalten werden.

Des Weiteren untersuchte Verf., wie gross die Menge der einzelnen Bestandtheile des Mageninhalts in den einzelnen Perioden der Verdauung ist. Vermittelst genau beschriebener Methoden bestimmte er in halbstündigen Pausen die relative und absolute Menge von Salzsäure, Verdauungsproducten und unverdautem Rückstand, und fand dabei zunächst, dass eine halbe Stunde nach der Nahrungsaufnahme die absolute Menge der Verdauungsproducte die grösste ist, die überhaupt während der ganzen Verdauungsperiode im Magen vorgefunden wird. Gleichzeitig mit der Peptonisation beginnt auch schon die Entleerung des Magens, und zwar tritt der grösste Theil des Eiweisses in peptonisirtem Zustande in den Darm ein.

Die absolute Salzsäuremenge ist während der ganzen Verdauungszeit ungefähr die gleiche, während die relative ziemlich beträchtliche Schwankungen zeigt (nach 30 Minuten 0,98 $^0/_{00}$, nach 180 Minuten 3,87 $^0/_{00}$). Mit dem Steigen des Säuregrades fällt der Syntoningehalt, Syntonin bleibt aber bis zum Ende der Verdauung nachweisbar. Die relative Peptonmenge steigt in demselben Maasse wie die Acidität.

Einige Versuche am Menschen zeigten im Wesentlichen, dass für den menschlichen Magen dieselben Gesetze der Eiweissverdauung gelten. Krecke.

Dr. Paul Zweifel, ordentl. Professor und Director der gyn. Klinik in Erlangen (jetzt in Leipzig): **Lehrbuch der Geburtshülfe für Aerzte und Studirende.** Mit 212 Holzschnitten und 3 Farbentafeln. Stuttgart bei F. Enke.

Die deutsche Geburtshülfe, welche erst vor Jahresfrist mit einer von Grund aus und meisterhaft umgearbeiteten Auflage des Schröder'schen Lehrbuches beschenkt wurde, ist schon wieder in der Lage, ein grösseres, zum Gebrauche für Studirende und Aerzte bestimmtes Werk mit Genugthuung ihr eigen zu nennen — das neue Lehrbuch der Geburtshülfe von Zweifel. Auf der Höhe seiner Zeit stehend, breit und durchsichtig angelegt, das Wichtigste überall nach Gebühr hervorhebend, das für die Praxis Nothwendige und die Operationslehre besonders ausführlich behandelnd, wird das Zweifel'sche Buch gewiss erfüllen, was es soll: seinen Lesern ein treues Bild von dem heutigen Stande der geburtshülflichen Disciplin geben und klare Antworten ertheilen, wenn sie sich in irgend einer Frage Rathes erholen wollen.

Die vorwiegende Betonung des praktischen Standpunktes hat den Verf. wohl auch veranlasst, dem Ganzen als Einleitung ein Capitel über die Prophylaxis des Puerperalfiebers, die Desinfectionslehre und die Mortalitätsstatistik im Wochenbett vorauszuschicken. Im Uebrigen ist die altbewährte Eintheilung des Stoffes beibehalten, auf die Physiologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes folgt die Pathologie dieser Zustände, den Schluss bildet die Operationslehre. Wo es möglich war ist Zusammengehöriges zusammengezogen und einheitlich behandelt worden

Leider gestattet es der enge Rahmen eines Referates nicht, die einzelnen Abschnitte einer auch nur einigermassen eingehenden Besprechung zu unterziehen. Ein Herausgreifen von Einzelheiten aus dem Zusammenhang hat aber nur wenig Werth. Es muss desshalb auf das Original verwiesen werden, dessen Lectüre wir Jedem nur empfehlen können. Nicht allein der Studirende und der ausübende Arzt, auch wer Geburtshülfe wissenschaftlich treibt, wird sich durch die Art und Weise angeregt fühlen, wie der Verf. in den tausenderlei Fragen, welche sich bei der Abfassung eines Lehrbuches der Geburtshülfe aufwerfen, seine Ansichten wiedergegeben hat. Bei wichtigeren Capiteln findet der in der Literatur weniger Bewanderte überall die historische Entwickelung der betreffenden Lehre mitgetheilt und auch die gegnerischen Ansichten kurz skizzirt. Man wird den Versuch, dadurch zu gründlicher Betrachtung und eigenem Nachdenken anzuregen, nur billigen können und ihn heut zu Tage, wo mit dem gewaltigen Anwachsen des zu bewältigenden Stoffes das kritiklose Memoriren unter den Studirenden mehr und mehr um sich zu greifen droht, für besonders zeitgemäss erklären müssen. Möge er von recht günstigem Erfolge begleitet sein!

Nicht unerwähnt dürfen schliesslich die freigebige Ausstattung des Textes mit erläuternden Zeichnungen, welche der Verf. mit grosser Umsicht auszuwählen verstanden hat, und eine im Anhang beigegebene biographische Uebersicht bleiben, welche Gelegenheit bietet, sich über die Zeit des Wirkens und die Stellung jener Männer zu orientiren, die sich um die Förderung der Geburtshülfe besondere Verdienste erworben haben.

E. Bumm.

Birch-Hirschfeld: Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Dritte völlig umgearbeitete Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1886.

Der allgemeine Theil des vorliegenden Lehrbuchs behandelt in sechs Abschnitten die Lehre von den Störungen des Blutumlaufs, von dem örtlichen Tod und der Rückbildung der Gewebe, von der Entzündung, der pathologischen Neubildung, den thierischen und pflanzlichen Parasiten des Menschen und von den Missbildungen.

Sämmtliche Abschnitte haben gegenüber der zweiten Auflage eine mehr oder weniger vollkommene Umarbeitung erfahren, wobei namentlich auch die Literaturangaben über jedem einzelnen Capitel beträchtlich vermehrt worden sind. Es ist begreiflich, dass diese Umarbeitung am meisten die Lehre von den pflanzlichen Parasiten betroffen hat, bei welcher in der neuen Auflage das biologische Verhalten der Spaltpilze, der Pleomorphismus, die Art der Wirkung und des Eindringens in den Körper, die Empfänglichkeit und Immunität eingehend berücksichtigt werden.

Dem Abschnitt über die infectiösen Granulationsgeschwülste ist neu hinzugefügt ein Capitel über Rhinosclerom und Mycosis fungoides. An zahlreichen Stellen ist (von Johne) die vergleichende pathologische Anatomie mit in den Rahmen der Darstellung gezogen, so z. B. bei der Amyloid- und der Pigmententartung, der Verkalkung, bei der Lehre von den Geschwülsten, namentlich auch bei Rotz und Tuberculose etc. Die Zahl der Abbildungen ist von 118 auf 156 vermehrt worden; einzelne derselben geben, in verschiedenen Farben ausgeführt, die Verhältnisse des gefärbten oder mit Reagentien behandelten Präparates getreu wieder.

Als Anhang ist dem allgemeinen Theil beigegeben: »Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden mit einer Zusammenstellung der wichtigsten Bacterien« von Carl Huber und Arno Becker. In dem pathologisch-histologischen Theil werden besprochen: das Mikroskop, die Schneide- und Präparationsinstrumente, die Glasgegenstände, die Vorbereitungsmethoden, die Farbstoffe und die Färbetechnik, mit besonderer Berücksichtigung der Kern- und Protoplasmafärbung, der Färbung der Mikroorganismen, der Doppelfärbung, der Darstellung der Kerntheilungsfiguren und der Anwendung der Metallsalze. Sämmtliche Vorschriften sind dem Bedürfniss des Anfängers entsprechend kurz und präcis, während die beigefügten Literaturangaben ein genaueres Studium der betreffenden Methoden ermöglichen. Die Schlusscapitel beschäftigen sich mit der Darstellung mikroskopischer Präparate, mit der Untersuchung einzelner Organe und mit den Aufhellungs- und Conservirungsstoffen.

Der bacteriologische Theil von Becker giebt in kurzer und verständlicher Form Anleitung zur Untersuchung der Bacterien im ungefärbten Zustand, zur Sporenfärbung, Sterilisirung, Darstellung von Reinculturen etc. In einem zweiten Abschnitt werden dann die wichtigsten pathogenen und nicht pathogenen Bacterien beschrieben. Illustrirt wird diese Zusammenstellung durch die Abbildung von 38 verschiedenen Gelatine-Reinculturen.

Die erste Hälfte des speciellen Theils enthält in fünf Abschnitten die pathologische Anatomie des Bewegungsapparates: Knochen, Gelenke, Muskel, Sehnenscheiden und Schleimbeutel, der Circulationsorgane, der blutbildenden Organe, des Nervensystems einschliesslich der Nebennieren und der Haut. Wohl mit Recht ist hier von einer Heranziehung der vergleichenden pathologischen Anatomie Abstand genommen, weil bei der Reichhaltigkeit des Materials der Umfang des Werkes sonst ein zu grosser geworden wäre.

Auch im speciellen Theil haben sämmtliche Abschnitte eine sorgfältige Umarbeitung und Vermehrung erfahren, so namentlich die Capitel über Osteomalacie, Knochenentzündung und ihre Folgen, Affectionen des Ductus thoracicus, Leukämie, Veränderungen an den Blutkörpern, Porencephalie, Gehirnblutung und Embolie, Encephalitis.

Bei der Osteomyelitis acuta, den Gelenkentzündungen, der eiterigen Meningitis, der Endocarditis etc. ist die Aetiologie in entsprechender Weise berücksichtigt.

Der Schlusstheil des Werkes, das, wie die vorstehenden kurzen Bemerkungen zeigen, Aerzten und Studirenden angelegentlichst empfohlen werden kann, erscheint noch im Laufe dieses Sommers. Die Ausstattung ist in jeder Beziehung eine vortreffliche. v. Kahlden.

Vereinswesen.

The Meeting of the British Medical Association.

(Originalbericht von Dr. F. A. Philippi, Hausarzt am Deutschen Hospital zu London.)

(Fortsetzung.)

Section für Chirurgie. (Schluss.)

H. W. Allingham (London) erklärt seine Methode der Ausführung der **Colotomie** in der Leisten-, anstatt in der Lendengegend. Ein wesentlicher Punkt sei die Anheftung des Darms in der Weise, dass sowohl das obere wie das untere Stück desselben an die Bauchwand befestigt werde, indem ein Sporn (spur) zwischen den beiden Oeffnungen hergestellt wird. Auf dem Querschnitt präsentirt sich der so operirte Darm wie ein Schnitt durch ein doppelläufiges Gewehr. Diese Modification hat den Vorzug der Sicherung des Austritts aller Fäces durch den Anus praeternaturalis, was bei Rectumcarcinom von grösster Wichtigkeit ist.

Sir Spencer Wells macht darauf aufmerksam, dass die Schwierigkeiten bei der linksseitigen Colotomie ganz andere seien als bei der rechtsseitigen. Die Bildung eines Sporns hält er für eine sehr nützliche Verbesserung.

Dr. Ball (Dublin) hat gefunden, dass die Einführung von Suturen durch die Darmwand und das Annähen derselben an die Bauchwand Erscheinungen der Incarceration hervorgerufen habe. Er bedient sich deshalb einer eigens dazu construirten breiten Klammer, um den Darm hervorzuziehen und die Peritonealhöhle abzuschliessen bis zur Anlegung der definitiven Nähte. Starker Meteorismus sei eine Contraindication der Laparotomie überhaupt, wie er denn auch kürzlich in der Praxis von Collegen 2 solche Fälle tödtlich verlaufen sah.

Eine sehr lebhafte Debatte entspann sich über die Behandlung von **Querfracturen der Patella.**

Dr. Hector Cameron (Glasgow) theilte seine Erfahrungen mit der operativen Behandlung derselben mit; er empfiehlt dieselbe hauptsächlich, weil 1) mit den andern Behandlungsweisen selten eine knöcherne Vereinigung erzielt werde und die ligamentöse Verbindung, wenn auch in vielen Fällen ausreichend, stets die Neigung habe, sich zu dehnen oder gar durchzureissen. Er habe fortwährend Gelegenheit gehabt zu bemerken, dass solche ligamentöse Vereinigungsmassen nach Verlauf von etwa 12 Monaten oder wenig darüber anfangen, sich in sehr unliebsamer Weise zu dehnen;

2) brauchen die Patienten bei der operativen Behandlungsweise (Silbersuturen) nur 3—4 Wochen ans Bett gefesselt zu sein und können dann mit Verband aufstehen.

Er operirt jetzt sowohl frische wie alte Fälle. Bei ersteren empfiehlt er, erst einige Tage nach der Verletzung die Naht vorzunehmen, damit der stets vorhandene Erguss im Gelenk sich erst etwas resorbiren könne. Er drainirt nur die oberflächliche Wunde, nicht das Gelenk. Sublimatlösung (1:2000) sei hierbei das beste Antisepticum. Um den Muskelzug möglichst aufzuheben, führt er in schlimmen Fällen 2 parallele Schnitte durch den M. rectus cruris, von denen der eine vom rechten, der andere vom linken Rande des Muskels bis über die Mittellinie hinausreicht.

Mr. Keetley tritt ebenfalls für die Operation ein, die bessere Resultate liefere als jede andere Behandlungsweise. Er übt mit Vorliebe die amerikanische Manier, die freien Enden der Silbernähte umzubiegen und in den Zwischenraum zwischen den beiden Fragmenten hineinzudrücken oder zu klopfen. Operirt so bald als möglich, benutzt Drainage.

Dr. Thornley Stoker hat einen Fall von geheilter Patellarfractur gesehen, die bei ligamentöser Vereinigung und 9 Zoll Zwischenraum zwischen den beiden Fragmenten dennoch den betreffenden Patienten durchaus nicht verhindert, sein Geschäft als Hausirer, wobei er mit einem schweren Pack auf dem Rücken

täglich ca. 20 Meilen geht, fortzusetzen. Warnt dringend vor unnöthigem Operiren, namentlich in frischen Fällen.

Mr. Foy empfiehlt, in frischen Fällen den Erguss aus dem Gelenk mittels Aspiration zu entfernen, sonst aber die unblutige Behandlung.

Mr. Barker pflegt auch den blutigen Erguss sofort mittels Aspiration zu entfernen. Er hat gute Resultate ohne Operation und sei im London Hospital seit lange dieselbe fast gar nicht mehr ausgeübt worden. Der Gypsverband sei sehr zu empfehlen.

Dr. Macewen (Glasgow) glaubt, die Ursache, weshalb bei unblutiger Behandlungsweise keine knöcherne Vereinigung erzielt wird, beruhe darauf, dass die Knochenfragmente einfach durch die sich dazwischen drängenden Weichtheile von einander entfernt gehalten werden. Dieses sei nur durch die sofort auszuführende Operation zu vermeiden. Um die Muskelspannung aufzuheben, hat er in mehreren Fällen keilförmige (V) Incisionen in den Extensor cruris quadriceps gemacht.

Dr. **F. A. Philippi** (London) demonstrirte die Unna'sche **Zinkleimbehandlung** für Ulcus cruris; dieselbe hat sehr gute Resultate geliefert.

Grosse Sensation erregte der Vortrag von Prof. **Kocher** (Bern) über **Cachexia strumipriva und Myxoedema.**

Redner hat Gelegenheit gehabt die Symptome derselben an 32 Patienten, bei denen Totalexstirpation der Schilddrüse ausgeführt worden war, zu beobachten. Nur in einem einzigen Falle ist wieder eine nachweisliche Besserung eingetreten; 12 Patienten sind gestorben, doch sind bei Einzelnen Complicationen noch vorhanden gewesen. Verf. hat über 300 Mal Strumectomie ausgeführt; er glaubt sich berechtigt zu der Annahme, dass das Ausbleiben von üblen Folgen das andere Operateure beobachten, darauf beruht, dass die Drüse nicht wirklich total exstirpirt wurde. Zur Behandlung der Struma genüge aber eine theilweise Entfernung derselben vollkommen.

Von den beschriebenen 110 Fällen von Myxödem, die in der Literatur bekannt sind, hat man bei sämmtlichen Obductionen eine auffällig kleine Schilddrüse vorgefunden. Verf. hat durch Entfernung der Schilddrüse auch an Hunden und Affen die ausgesprochensten Erscheinungen der Cachexia strumipriva hervorgerufen. Schlegel und Liebermeister hatten den Einfluss der Drüse auf mechanische Druckverhältnisse des Gehirnblutes zurückführen wollen. Dem widerspreche aber das regelmässige Ausbleiben der krankhaften Erscheinungen, wenn kleine Ueberreste stehen gelassen werden. Redner kann sich auch der Ansicht Horsley's, dass wir es hier mit einem (wenigstens theilweise) blutbildenden Organ zu thun haben, nicht anschliessen; ebenso wenig seien die Erscheinungen auf nervösen Ursprung, wie dies Langhans vertritt, in befriedigender Weise zurückzuführen. Er hält vielmehr dafür, dass die Schilddrüse wirklich eine Drüse ist und die Function besitze, krankhafte Stoffe aus dem Blut auszuziehen und unschädlich zu machen. Das Myxödem sei daher in Parallele mit der Urämie zu stellen. Hiermit stimmt auch der manchmal sehr plötzliche Eintritt aller Erscheinungen, welche bisweilen in wenigen Tagen zur vollen Entwickelung gelangen, sowie auch die schon erwähnte Beobachtung, dass kleine Ueberreste der Drüse die Function des Ganzen erfüllen können, ein Analogon zu der erhöhten Thätigkeit der zurückbleibenden Niere nach Exstirpation der anderen. Struma führe auch sehr häufig oder beinahe immer zu einem leichten Grade der Cachexie, was auch sehr erklärlich, da meistens keine echte Hypertrophie des Drüsengewebes bestehe, sondern die Vergrösserung zum grössten Theil auf Neubildung fibrösen Gewebes beruhe, und das normale Gewebe sogar gewöhnlich vermindert vorgefunden werde.

Pathologisch anatomisch sei bei den ausgeführten Obductionen zwischen Myxödem und Cachexia strumipriva nur der Unterschied in der Ablagerung mucinoider Massen constatirt worden.

Verfasser empfiehlt bei grossem Struma die eine Hälfte zu entfernen, um die Erstickungsgefahr und Athemnoth zu beseitigen, denn dieselben blieben nur so lange bestehen, als ein Druck auf beide Seiten der Trachea ausgeübt wird. In letzter Zeit hat er auch häufiger die Enucleation, wie dies Socin (Basel) empfiehlt, ausgeführt. Die Operation sei eine blutige, doch gelinge es ihm mit Hülfe einiger 80 bis 100 Arterienpincetten den Blutverlust auf ein Minimum zu reduciren.

Dr. Thornley Stoker theilt mit, dass Struma in Irland gar nicht sehr selten sei, doch seien die Eingeborenen nur mit grösster Mühe zu einer Operation zu bewegen. Er hat die Strumectomie einige Male ausgeführt und schliesst sich der Ansicht an, dass ein Theil der Drüse sehr wohl die Function des Ganzen übernehmen kann.

Wohlthuend, einfach und gewandt vorgetragen waren die Mittheilungen von Mr. **Malcolm Morris** F. R. C. S. über die Behandlung des **Herpes tonsurans** der behaarten Kopfhaut, Ringworm of de scalp.

Es ist diese Affection in England viel häufiger als in Deutschland und bildet eine wahre Crux medicorum. Da die Kinder, die davon befallen werden, sehr streng vom Schulbesuch isolirt werden, so kommt es nicht selten vor, dass ein davon befallenes Individuum 12 Monate und länger der Isolatation anheimfällt.

Morris erklärt das Trichophyton tonsurans für identisch mit dem gewöhnlichen Schimmelpilz, doch ist es ihm noch nicht gelungen mittels Impfungen des letzteren Ringworm hervorzurufen, obgleich er mit Reinculturen, die von erkrankter Haut herstammten, wiederholt erfolgreiche Uebertragungen auf seine eigene Haut, sowie auf Andere ausgeführt hat. Als Nährboden diente Agar-Agar sowie Gelatine. Die Uebertragung der Keime von einem Individuum zum anderen kann durch die Luft vermittelt werden. Es wurden einige Kinder, die an Herpes litten, an 2 Tagen während 8 bis 9 Stunden in einem bestimmten Zimmer eingeschlossen, wo sie zum Spielen und zu lebhaften Bewegungen volle Gelegenheit hatten. Alsdann wurde mittels eines Luftzugapparates Pariser Construction die Zimmerluft über einen Tropfen Glycerin geführt, worauf in demselben eine grosse Anzahl Pilze vorgefunden wurden.

Die Dauer der Incubation der auf die Haut aufgeimpften und mit einem Uhrglase geschützten Pilze betrug zum mindesten 7 Tage. Diese Uebertragungen sind sehr schwer auszuführen; Redner meint, es seien nur solche Kinder, die eine dünne Epidermis haben, die an Herpes erkranken. Ist aber der Pilz einmal durch die Epidermis durchgedrungen, so nistet er sich dort fest, wo er am meisten Nahrung, die grösste Blutzufuhr findet, daher man ihn in grosser Anzahl um die Haarbälge gelagert sieht. — Die pathologisch-anatomischen Verhältnisse erklären auch die Schwierigkeiten der Therapie. Bekäme man die Fälle sofort in Behandlung, so wäre mittels eines Blasenpflasters, das die ganze Epidermis abhebt, das Uebel sofort zu entfernen, wie dies denn auch in manchen Fällen sehr erfolgreich angewandt ist. Ist der Fall aber älteren Datums, ist der Pilz in's Rete Malpighi eingedrungen, so ist ein solches Verfahren nur schädlich. Mit Salben allein komme man auch nicht zum Ziel. Es habe sich ihm hierbei Koch's Beobachtung, dass Antiseptica in öligem Vehikel unwirksam seien, wiederum bewährt. Am besten sei es die Haut mit Aether abzuwaschen und darauf eine spirituöse Lösung von Salicylsäure, die, wie Unna gezeigt habe, die Fähigseit besitzt todtes Gewebe aufzulösen, einzureiben. Nach 3 bis 4 Tagen solcher Behandlung sei dann eine milde Salbe, etwa Jodquecksilbersalbe, am Platze. Die Hauptsache sei aber stets mit dem Mittel zu wechseln, denn nur durch sinen consequenten Wechsel in der Therapie würden solche Verhältnisse herbeigeführt, die zum Absterben des Pilzes führten.

Bemerkenswerth sind die Resultate, welche Mr. **Lawson Tait** F. R. C. S. I. (Birmingham) bei seinen **Laparotomien** erzielt hat, indem er bei 35 Operationen nur 1 Todesfall zu verzeichnen hat. Es sind dieses nicht ausgesuchte Fälle, die Statistik umfasst vielmehr die verschiedensten Diagnosen, so vereiterte Ovarien, Beckenabscesse, Gallenblasenabscess mit Gallensteinen, vereiterte Hydatiden des Peritoneums sowie Tumoren verschiedener Art. Er benutzt kein Antisepticum als nur die peinlichste Reinlichkeit. Der Todesfall betraf eine Frau mit Pyosalpix.

Medicinische Gesellschaft in Leipzig.

Sitzung vom 14. Juni 1887.

(Nach dem Berichte in Schmidt's Jahrbüchern Nr. 8, 1887.)

Vorsitzender: B. Schmidt. Schriftführer: R. Graefe.

P. Wagner: Ueber angeborenen und erworbenen Riesenwuchs.

Der Vortragende hat neuerdings einen sehr eigenthümlichen Fall von erworbenem Riesenwuchs auf der hiesigen medicinischen Klinik beobachten und genauer untersuchen können. Ehe er auf diesen einging, berichtete er kurz über einige andere von ihm beobachtete Fälle von angeborenem und erworbenem Riesenwuchs.

Von der angeborenen halbseitigen Körperhypertrophie sind bisher etwa 10 unter einander sehr ähnliche Fälle bekannt, die meist das männliche Geschlecht und die rechte Seite betrafen. Am meisten pflegt die Hypertrophie an den unteren Extremitäten, etwas weniger an den oberen Extremitäten ausgesprochen zu sein. Die Hypertrophie betrifft entweder Knochen und Weichtheile, oder nur die letzteren.

Der Vortragende stellte einen 11jährigen Knaben mit angeborener linksseitiger Körperhypertrophie vor, denselben, welchen Hr. Möbius vor 2 Jahren beschrieben und der Gesellschaft gezeigt hat. Bei diesem Knaben, bei welchem ausser linker oberer und unterer Extremität auch die linke Gesichts- und Brusthälfte deutlich hypertrophisch sind, betrifft der Riesenwuchs nachweisbar nur die Weichtheile.

Der Vortragende ging dann auf die verschiedenen Formen des angeborenen partiellen Riesenwuchses über und erwähnte dabei die Eintheilung dieser Affectionen von Busch und Fischer.

Weiterhin berichtete er kurz unter Vorzeigung von Photographien und Gypsabgüssen über 4 von ihm selbst beobachtete Fälle.

1) Riesenwuchs und vollkommene Syndaktylie des 2. und 3. Fingers der linken Hand bei vollständigem Mangel des 4. und 5. Fingers derselben Hand.

2) Hypertrophie der beiderseitigen 5. Zehen bei einem 14jährigen Knaben. Derselbe hatte ausserdem an der einen Hand eine häutige Syndaktylie zwischen 4. und 5. Finger.

3) 4jähriger Knabe mit Riesenwuchs der 1. und 2. Zehe des rechten Fusses. Die 2. Zehe zeigte bereits eine geschwulstige Entartung des Unterhautfettgewebes. Exarticulation derselben.

4) 51jährige Frau mit Riesenwuchs beider Füsse. An beiden Füssen, sowie an der rechten Wade ausgesprochene lipomatöse Entartung des Fettgewebes. An der rechten Fusssohle eine neuroparalytische Verschwärung. Ausgedehnte Nekrose der Metatarsalknochen. Amputation des rechten Unterschenkels. Die pathologisch-anatomische Untersuchung des amputirten Fusses ergab Hypertrophie des Knochengerüstes, Nekrose der mittleren Metatarsalknochen, Fettwucherung, verdickte und erweiterte Venen.

Der Vortragende ging dann auf die verschiedenen Formen des erworbenen Riesenwuchses über und erwähnte hier zunächst die Kolbenfinger und -Zehen, besprach dann kurz den im Gefolge von Unterschenkelgeschwüren, Elephantiasis, Varix aneurysmaticus, Knochengeschwülsten, Contusionen und Brüchen, sowie namentlich von Osteomyelitis und Nekrose ab und zu auftretenden Riesenwuchs. Während in diesen Fällen die Ursache der Hypertrophie in der durch die chronische Entzündung andauernd gesteigerten Zufuhr von Ernährungsmaterial zu suchen ist, kommen, wenn auch verhältnissmässig selten, Fälle vor, in welchen der erworbene Riesenwuchs wohl sicher auf nervöse Ursachen zu beziehen ist, sei es, dass man an eine Störung der vasomotorischen oder trophischen Nerven, oder an reflektorische Vorgänge denkt. Der Vortragende erwähnte eine derartige Beobachtung, welche Herr Möbius gemacht und dem Vortragenden mitgetheilt hat.

Ein zur Zeit 14jähriges, vollkommen wohlgestaltet geborenes Mädchen zog sich im 3. Lebensjahre eine Verbrennung der rechten Ellbogengegend zu. Im 7. Jahre wurde zuerst eine Verdickung des rechten Armes wahrgenommen.

Die Untersuchung ergab eine ausgesprochene Hypertrophie des ganzen rechten Armes, die nur auf die Weichtheile zu beziehen war. Der ganze Arm war gleichmässig stärker als der linke. Die Haut war nicht krankhaft verändert. Die Empfindlichkeit war normal, nur wurden schmerzhafte Reize am rechten Arm etwas weniger leicht empfunden, als am linken. Die Sehnenreflexe waren an beiden Armen sehr schwach. Die Kranke klagte über zeitweises »Ziehen« im rechten Arm. Die elektrische Untersuchung ergab beiderseits keine nennenswerthen Differenzen.

Bei dieser Patientin ist ein Zusammenhang zwischen der Verbrennung und Hypertrophie sehr wahrscheinlich. Auf die Art dieses Zusammenhanges wollte der Vortragende vorläufig nicht näher eingehen.

In der Literatur sind nun auch einzelne Beobachtungen bekannt, in welchen der erworbene Riesenwuchs allmählich auf den ganzen Körper übergriff mit theilweiser Betheiligung der inneren Organe: Fälle von Saucerotte, Alibert, Friedreich, Lombroso, Brigidi, Henrot, Fritsche-Klebs. Namentlich der letztere Fall ist auch pathologisch-anatomisch äusserst genau untersucht worden. Klebs fand eine allgemeine Wucherung der Gefässkeime als Ursache des Riesenwuchses und möchte deshalb für diese Affection den Namen »Angiomatose« vorschlagen.

In der letzten Zeit sind dann ferner von P. Marie aus der Charcot'schen Klinik und von Minkowski aus der Königsberger medicinischen Klinik zusammen 3 Kranke mit sogenannter Akromegalie beschrieben worden, Kranke, bei welchen sich unter schweren Allgemeinsymptomen, grosser Schwäche, starken Schmerzen eine allgemeine Hypertrophie zunächst an den peripherischsten Körpertheilen, Kopf, Händen und Füssen ausbildete.

Marie hält diese Akromegalie für identisch mit dem erworbenen allgemeinen Riesenwuchs.

Der Vortragende berichtete im Anschluss hieran ausführlich über eine Patientin, welche bezüglich ihrer Krankheitssymptome in mancher Hinsicht Aehnlichkeit mit den Fällen von Akromegalie darzubieten scheint.

Die 40jährige Patientin ist hereditär nicht belastet und früher nicht wesentlich krank gewesen. Innerhalb 12 Jahren hat sie 10 Geburten durchgemacht. Im September 1885 Abortus im 3. Monat mit langanhaltenden, schweren Blutungen. Trotzdem war die Patientin dabei nicht bettlägerig. Zunehmende Schwäche. Sieben Wochen später Wiedererscheinen der Menstruation. Grosse Schwäche, schweres Krankheitsgefühl zwangen die Patientin, sich hinzulegen. Patientin hatte seitdem das Bett noch nicht wieder verlassen. Heftige, sausende Schmerzen in Händen und Füssen, so dass Patientin Arme und Beine vollkommen ruhig halten musste und nicht bewegen konnte. Ihre Angehörigen machten die Kranke dann mehrere Wochen später darauf aufmerksam, dass die Finger und Zehen sämmtlich bedeutend länger geworden seien. Späterhin Auftreten von schweren nervösen Depressionserscheinungen.

Die Patientin wurde Anfang vorigen Wintersemesters, sowie während Mai und Juni 1887 längere Zeit auf der Leipziger medicinischen Klinik beobachtet. Sie war eine stark abgemagerte, blasse Frau. Kopf, Brust, Leib ohne Abnormitäten. Obere Extremitäten: Starker Muskelschwund, leichte Lagerungscontraktur in Schulter-, Ellbogen- und Handgelenken. Sämmtliche Finger um $^1/_2$—$1^1/_2$ cm verlängert; dabei fehlte jede Verdickung auch an den Epiphysengegenden. Haut stark verdünnt, glänzend nach Art der glossy-fingers, Nägel gerieft. Bewegungen in den Interphalangealgelenken activ gar nicht, passiv nur bis zu einem gewissen Grade und unter Schmerzen möglich.

An den unteren Extremitäten bestanden ganz ähnliche Veränderungen. Die Zehen waren sämmtlich um $^1/_2$—1 cm verlängert, nicht verdickt. Ihre Haut war atrophisch. Bewegungen in den Interphalangealgelenken waren nur passiv in geringer Ausdehnung möglich.

Eine genaue elektrische Untersuchung ergab nichts Abnormes.

Der Vortragende vergleicht seine Beobachtung mit denen von Akromegalie. In Bezug auf die Aetiologie machte er auf

die Möglichkeit aufmerksam, dass diese eigenthümlichen trophischen Störungen in Zusammenhang mit dem Puerperium stehen könnten.

Da bei seiner Patientin der Process zum Stillstand gekommen zu sein scheint, ist die Prognose wohl eine günstigere, als bei der Akromegalie.

Die bereits von günstigem Erfolge begleitete Behandlung der Patientin bestand in einer streng durchgeführten Cur nach Weir-Mitchell. —

B. Schmidt: Ueber die operative Behandlung der Prostatahypertrophie.

Sch. hat neuerdings nach der früher angegebenen Methode einen 70jährigen Mann mit der galvanokaustischen Schlinge operirt. Es fand sich eine Hypertrophie nicht des mittleren, sondern des rechten seitlichen Lappens. Auch hier wurde eine selbständige Entleerung des Harns nicht erzielt. Es trat jedoch, da zugleich Concremente entfernt wurden, eine Verminderung der subjectiven Beschwerden ein.

Der zuerst operirte Kranke war vor einiger Zeit an Urämie gestorben. Das bei der Section gewonnene Blasenpräparat wurde vorgezeigt. Es zeigte sich, dass die Operationsnarbe keloidartig gewuchert war, so dass es den Anschein gewann, als ob der mittlere Lappen verdoppelt wäre.

Der Vortragende zog aus seinen Erfahrungen den Schluss, dass das bis jetzt eingehaltene Operationsverfahren doch nicht recht zweckdienlich erscheine. Er würde voraussichtlich in einem künftigen Falle die Boutonnière machen und durch ein starkes Drainrohr einen Druck auf die hypertrophirten Prostatatheile auszuüben suchen, nicht aber nach dem Vorgehen von Landerer von unten her diese Theile zu entfernen suchen. —

Herr B. Schmidt demonstrirte noch ein durch die Section gewonnenes Blasenpapillom und ein Sarkom der Blase.

Aerztlicher Verein München.

(Officielles Protokoll).

Sitzung vom 11. Mai 1887.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Hrn. Dr. **Escherich: Die Ursachen und Folgen des Nichtstillens bei der Bevölkerung Münchens.** (Vergl. d. W. Nr. 18 u. 19.)

Ober-Med.-Rath v. Kerschensteiner demonstrirt zunächst die der Veröffentlichung des Dr. Arthur Würzburg »Die Säuglingssterblichkeit im deutschen Reiche während der Jahre 1875 bis 1877« beigegebene graphische Darstellung der Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahre (Verhältniss zu den Lebendgeborenen) im dreijährigen Durchschnitt der Jahre 1875/77 — Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamt, zweiter Band, erstes und zweites Heft — und vergleicht diese graphische Darstellung mit einer ähnlichen, welche eben jetzt im k. bayerischen Staatsministerium des Innern zur Veröffentlichung im nächsten Bande des bayerischen Generalsanitätsberichtes gefertigt wurde, die Kindersterblichkeit in Bayern in der Periode 1878—1885 umfassend. Aus der Betrachtung dieser letztgenannten Darstellung ergiebt sich, dass der von Würzburg neuerdings aufgestellte, früher von Dr. Escherich sen. vertheidigte Satz, dass die Säuglingssterblichkeit sich in hohem Grade abhängig erweise von der geographischen Lage der einzelnen Theile, für Bayern doch nicht ganz zutrifft, da oberhalb der Zone der dichtesten Säuglingssterblichkeit in Oberbayern sich wieder freiere Districte befinden, so z. B. innerhalb der Bezirksämter Tölz, Miesbach, Garmisch, Berchtesgaden und Traunstein, da ferner im südlichen Theile von Schwaben Bezirke von niederer Höhe über dem Meere sich ganz gleich betheiligt zeigen mit den höher gelegenen und da auch Gegenden von gleicher Höhe über der Thalsohle durchaus ungleiche Säuglingssterblichkeitsziffern bieten, so z. B. die Altmühlalp mit ihrer enormen Kindersterblichkeit gegenüber der niedrigen auf der hohen Rhön. In München hat sich die Säuglingssterblichkeit im Laufe unseres Jahrhunderts auf nahezu gleicher Höhe erhalten. Im Jahre 1800 starben von 100 Geborenen 63,3 im ersten Lebensjahre; wenn nun auch anzunehmen ist, dass 10 davon — so rechnete man durchschnittlich — den Blattern zum Opfer fielen, so verbleiben immerhin noch 53 Proc., d. i. mehr als die Hälfte.

Es frägt sich nun, welche physischen Ursachen nach Ausschaltung des Einflusses der Höhenlage zur Erklärung der Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit für Bayern verbleiben. Hier kommt man nun bei Vergleichung der extrem hohen Kindersterblichkeit mit der extrem geringen doch immer, wie Dr. Georg Mayr bei seinen Studien über diesen Gegenstand vor 17 Jahren, auf die Störungen der Ernährung als die weitaus häufigste Todesursache der Säuglinge zurück. Die Vergleichung gestaltet sich am interessantesten zwischen jenen Bezirken, in denen die natürliche Ernährung der Neugeborenen zu Hause ist und jenen, in welchen die Kinder fast nur künstlich ernährt werden, so zwischen Schweden und Südbayern: dort die geringste, hier die höchste Sterblichkeit.

Stellt man die Frage, welche Art der Kindernahrung hinsichtlich der Verhütung der Darmerkrankungen die zuträglichste ist, so ist nicht nur in Bayern oder in Deutschland allein, sondern international die einstimmige Antwort: die Mutterbrust. Den Beweis für die Richtigkeit dieser Antwort hat die Statistik allerwärts geliefert, wo dieselbe nach richtigen Fragestellungen arbeitet.

Vom Herrn Referenten sind nun in erster Linie die »physischen Ursachen des Nichtstillenkönnens der Mütter« in den incriminirten Gegenden Bayerns, darunter auch München, als die wichtigsten, weil mit 58 Proc. nachgewiesen, benannt worden, während die »socialen Ursachen« mit nur 20,8 Proc. berechnet sind. Ich halte die Ziffer 58 für viel zu hoch, insbesondere unter der Voraussetzung des Herrn Referenten, dass hiebei in den allermeisten Fällen mangelnde oder ungenügende Milchabsonderung zu Grunde liegen soll. Meine persönlichen Erfahrungen, welche sich auf drei bayerische Regierungsbezirke erstrecken, stimmen vielmehr mit den von Herrn Collega Walther aus der hiesigen Frauenklinik mitgetheilten Ergebnissen, wonach $^4/_5$ der Wöchnerinnen stillungstüchtig sind, vollkommen überein. Herr Referent erwähnt der von mir einmal ausgesprochenen Ansicht, »dass es im Wesentlichen ethnographische Momente, wie durch lange Zeit festgehaltene Sitte des Nichtstillens oder gewisse die Entwicklung und Verrichtung der Brüste hemmende Trachten und Gewohnheiten seien, welche zu einer durch Vererbung fixirten Nichtgebrauchsatrophie des Drüsengewebes und schliesslich zur Unmöglichkeit eines ergiebigen Stillgeschäftes geführt haben«. Diesen Satz konnte ich, begründet auf die von mir in den ersten Jahren meiner ärztlichen Praxis in einer Gegend, wo die sogen. Dachauer Tracht unter der bäuerlichen Bevölkerung noch durchaus üblich war — jetzt ist sie durch die städtische Tracht schon grossentheils verdrängt —, mit voller Berechtigung aufstellen, weil ich viele missglückte Stillungsversuche vor mir sah. Gleichwohl möchte ich die Inactivitätsatrophie, auch in ihrer Vererbung, nicht überschätzt wissen. Denn einerseits ist der Fall, dass die absondernden Drüsenelemente vollständig verschwunden sind, doch gewiss recht selten, obwohl er einer von Herrn Professor Bollinger mir gemachten mündlichen Mittheilung zufolge jüngst wirklich nachgewiesen werden konnte, und andererseits ist es mit grosser Geduld und Geschicklichkeit von Seite der Mutter, der Hebamme und des Arztes doch ab und zu möglich, schwach gebildete, atrophische Brüste während der Schwangerschaft durch gute Ernährung der Frau und richtiger Vorbereitung der Warzen in ihrer Ausbildung zu fördern und einige Tage nach der Geburt zu einer mässigen, indess für den Anfang genügenden Colostrum-Absonderung zu bringen. Nichts gewährt dann solche Befriedigung als das Bewusstsein, in einem derartigen Falle die Brust für ihre natürliche Verrichtung wiedergewonnen zu haben. Gerade die Inactivitätsatrophie mässigen Grades bietet Hoffnung zur Wiederherstellung der normalen Verhältnisse nach mehreren Generationen und es erscheint hauptsächlich als Aufgabe der Aerzte, diesen Bestrebungen mit Ausdauer nachzugehen.

Ausserdem aber wird eine grosse Anzahl von Frauen von den Aerzten und Hebammen in der Privatpraxis vom Stillen ausgeschlossen, obwohl ein ernsthaftes oder gar unübersteigbares Hinderniss weder von mütterlicher noch von kindlicher Seite

besteht. Hieher zählen jene vielen Fälle, in denen man sich nach mehrtägiger fruchtloser Bemühung mit der Beruhigung vom Selbststillen abwendet, man habe es ernstlichst versucht, es gehe aber absolut nicht. Und doch zeigt die Erfahrung oft, dass, wenn man noch ein paar Tage ausgeharrt hätte, die Bemühungen von Erfolg gekrönt gewesen wären. Ist es schon fehlerhaft, die Kinder bald nach der Geburt anzulegen, so ist es noch viel fehlerhafter, die Mutter und den Säugling einige Tage recht abzuquälen, da man doch diese Tage ruhig zusehen kann und bis zum Eintritt reichlicher Milchabsonderung und bis nach Präparirung der Saugwarzen das Kind mit Milch, verdünnt mit Wollblumen-Thee oder Wasser, leidlich zu nähren vermag.

Auch ist man häufig zu ängstlich in der Beurtheilung des Gesundheitszustandes der Frau. Ich habe oft schon die Freude erlebt, Mütter, die für schwächlich galten und denen man vom Selbststillen abrieth, während des Stillens an Kräften, an Körperfülle und damit an körperlicher Schönheit zunehmen sehen. Bedauerlicherweise ist das Vorurtheil, Selbststillen beeinträchtige die weibliche Schönheit, noch nicht zu beseitigen gewesen. Die Frauen bekamen eine Esslust, die sie schon lange Zeit nicht mehr kannten, schliefen vorzüglich, der Mangel an Sorgen für das Kind, die Freude am Gedeihen desselben, die nächtliche Ruhe in der Familie in Abwesenheit einer ewig geschäftigen Amme gaben den Frauen eine Heiterkeit des Gemüths und damit eine anmuthige Stimmung im Verkehr, die nach allen Seiten des Familienlebens hin günstig wirkte.

Meiner Ansicht nach ist an den in der Sitzung des ärztlichen Vereins vom 12. Januar 1876 · Aerztl. Int.-Bl. S. 27 — gefassten Beschlüssen keinerlei Aenderung veranlasst, sie stehen heute noch so wohlbegründet da wie damals. Allenfalls wäre eine Ergänzung derselben insoferne wünschenswerth, als:

1. die statistischen Erhebungen über die Sterblichkeit bei den gestillten und bei den nicht gestillten Kindern in München fortgesetzt und die bis jetzt nach Antrag des Gesundheitsraths gepflogenen Erhebungen allmählich zur Veröffentlichung gelangen möchten,

2. die Förderung des Selbststillens, insbesondere durch uns Aerzte selbst, im Auge behalten werde, und

3. die Vermehrung der vom Ober-Medicinal-Rathe Dr. Wibmer gegründeten Krippen und zwar in ihrer ursprünglichen Form und einzig richtigen Bedeutung als Aufenthaltsorte für Stillkinder, also wirkliche Säuglinge, insbesondere aus den ausser dem Hause arbeitenden Schichten der Bevölkerung anzustreben sei.

(Schluss folgt.)

VI. Internationaler Congress für Hygiene u. Demographie

zu Wien 1887.

Programm für die Arbeiten des Congresses.

(Schluss.)

III. Programm für die hygienischen Sectionen.

B. Vorträge und Mittheilungen, welche nach Erledigung der in das Programm aufgenommenen Discussionen auf die Tagesordnung der hygienischen Sectionen gesetzt werden:

1. Welche meteorologischen Elemente und in welcher Darstellung können bei dem gegenwärtigen Standpunkte unserer Kenntnisse und Charakterisirung der Klimate, in Bezug auf die Hygiene empfohlen werden, um zu einer einheitlichen vergleichenden Klimatologie für hygienische Zwecke zu gelangen. Berichterstatter: Dr. Julius Hann, k. k. Universitätsprofessor, Director der Centralanstalt für Meteorologie und Erdmagnetismus, wirkliches Mitglied der k. Akademie der Wissenschaften zu Wien.

2. Kriterien zur Beurtheilung der hygienischen Beschaffenheit der Luft nach dem heutigen Stande der Wissenschaft. Berichterstatter: Dr. Max Gruber, k. k. Professor für Hygiene an der Universität zu Wien.

3. Welche Metalle und Metall-Legirungen sind für die Erzeugung von Koch-, Ess- und Trinkgeschirren als gesundheitsschädlich oder als gesundheitsbedenklich zu erklären? Berichterstatter: Dr. Ernst Ludwig, k. k. Sanitätsrath, Universitätsprofessor für medicinische Chemie, derzeit Decan der medicinischen Facultät zu Wien.

4. Ueber die Verwendung von Bleiröhren zur Wasserversorgung. Berichterstatter: A. Hamon, Redacteur zu Boulogne s. S.

5. Ueber die disponirenden Ursachen der Infectionskrankheiten. Berichterstatter: Dr. Anton Weichselbaum, k. k. Universitätsprofessor für pathologische Anatomie, Prosector der Krankenanstalt »Rudolfstiftung« zu Wien.

6. Ueber Volkskrankheiten nach ihrer relativen Intensität und Variabilität. Berichterstatter: Dr. Isidor Soyka, k. k. Professor an der deutschen Universität zu Prag.

7. Resultate von Studien über Malaria zu Rom. Berichterstatter: Dr. Hector Marchiafava, Professor an der Universität zu Rom.

8. Ursachen und Wege der Verbreitung der Diphtheritis. Berichterstatter: Dr. Josef Teissier, Professor der internen Pathologie an der medicinischen Facultät, Spitalarzt zu Lyon.

9. Aetiologie der Rachitis. Berichterstatter: Dr. Gaetano Pini, Director des Institutes für Rachitische und des »Ospedale Celtico«, Mitglied des Gesundheitsrathes und des Schulrathes der Provinz zu Mailand.

10. Was sind die Aufgaben für die wissenschaftliche Erforschung der Ursachen des Cretinismus und welche Mittel können zur Bekämpfung des Uebels schon jetzt vorgeschlagen werden? Berichterstatter: Dr. Julius Kratter, Universitätsdocent für Hygiene an der Universität zu Graz.

11. Die hygienischen Verhältnisse der Stadt Bordeaux und über die Wuth und deren Prophylaxe dortselbst. Berichterstatter: Dr. E. Mauriac, General-Inspector-Adjunct der Salubrität, Mitglied des hygienischen Centralrathes der Gironde zu Bordeaux.

(Die Zahl der Sectionen und die Tagesordnungen derselben werden erst späterhin festgestellt werden.)

IV. Programm für die demographische Section.

A. Vorträge (ohne Discussion).

1. Wichtigkeit des Studiums der Demographie und Dienste, welche sie dem Staate leistet. Berichterstatter: Dr. A. Chervin, Mitglied des höheren Rathes der Statistik im Handelsministerium zu Paris.

2. Die neueste Entwicklung der Bevölkerungs-Theorie. Berichterstatter: Dr. V. John, Universitätsprofessor in Czernowitz.

3. Situation der demographischen Arbeiten: Berichterstatter für Italien: Alois Bodio, Professor, Generaldirector der Statistik des Königreiches Italien zu Rom.

4. Bevölkerungsbewegung. a) Volksbewegung und Volkswirthschaft. Berichterstatter: Dr. A. Beaujon, Director des statistischen Institutes der Niederlande, Professor an der Universität zu Amsterdam. b) Volksbewegung mit Rücksicht auf die Höhenlage der Wohnorte. Berichterstatter für Niederösterreich und Tirol: Gustav A. Schimmer, k. k. Regierungsrath in Wien.

5. Statistik der Selbstmorde. a) Allgemeiner Vortrag. Berichterstatter: Dr. Fr. X. Ritter v Neumann-Spallart, k. k. Hofrath, Professor an der Hochschule für Bodencultur und an der Universität in Wien. b) Im Besonderen für den Canton Neufchâtel. Berichterstatter: Dr. Guillaume, Professor und Strafhausdirector zu Neufchâtel.

6. Demographische Verhältnisse einzelner Länder und Städte. a) Mortalitäts-Verhältnisse Oesterreichs. Berichterstatter: Dr. Presl, k. k. Bezirksarzt in Jičin. b) Demographie der österreichischen Städte. Berichterstatter: Dr. Ernst Mischler, k. k. Hofconcipist der statistischen Central-Commission in Wien. c) Demographie und Hygiene von Bordeaux. Berichterstatter: Dr. Mauriac, General-Inspector-Adjunct der Salubrität, Mitglied des hygienischen Centralrathes der Gironde zu Bordeaux.

B. Referate mit Discussion.

7. Methode des Dépouillements der Volkszählung. Berichterstatter: Josef Körösi, Director des städtischen statistischen Bureaus zu Budapest.

8. Ueber die Zunahme der Bevölkerung Europas im XIX. Jahrhundert und über deren zukünftige Vermehrung. (Mit besonderer Berücksichtigung der Auffindung einer Zuwachs-Formel für längere Perioden). Berichterstatter: Josef Körösi, Director des städtischen statistischen Bureaus zu Budapest.

9. Statistik der illegitimen Kinder. Berichterstatter: Dr. J. Bertillon, Chef der statistischen Arbeiten der Stadt Paris. — Dr. Th. Pilat, Director des statistischen Landes-Bureaus, Universitätsprofessor in Lemberg.

10. Kindersterblichkeit mit Rücksicht auf die Ernährungsweise. Berichterstatter: Dr. Richard Böckh, Universitätsprofessor, Director des statistischen Amtes der Stadt Berlin.

11. Grundlagen für die Statistik der Verhältnisse der industriellen Arbeiter mit besonderer Berücksichtigung der beim Hilfscassenwesen getroffenen Einrichtungen. Berichterstatter: Dr. Wilhelm Fr. Exner, k. k. Hofrath, Professor an der Hochschule für Bodencultur, Reichsraths-Abgeordneter, Director des technologischen Gewerbemuseums in Wien.

12. Einfluss der Berufsverhältnisse auf Erkrankung und Sterblichkeit. Berichterstatter: Dr. Franz Ritter v. Jurascheck, Universitätsprofessor in Innsbruck.

13. Die Gebrechen bei den Rekruten. Berichterstatter für Frankreich: Dr. A. Chervin, Mitglied des höheren Rathes der Statistik im Handelsministerium zu Paris. Berichterstatter für Oesterreich-Ungarn: Dr. Paul Myrdacz, k. k. Regimentsarzt, Wien.

Verschiedenes.

(Pasteur's Antwort auf den Brief Koch's über die Milzbrand-Schutzimpfungen.). Pasteur veröffentlicht in »Semaine médicale« Nr. 34 einen Brief, datirt Arbois (Jura), 15. August 1887, in welchem er auf die jüngste Aeusserung Koch's über die Milzbrandimpfungen (s. d. W. Nr. 32) folgendermassen antwortet:

»In einem Briefe, den ich unter dem 29. Mai ds. Jrs. an die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien richtete, habe ich gesagt, dass die von der Berliner Schule früher geäusserte Ansicht (den Werth der Milzbrandimpfungen betreffend) schon längst durch die Thatsachen widerlegt ist, und dass die genannte Schule ihre Ansicht hierüber geändert habe.

Dr. R. Koch verwahrt sich in einem Artikel, der in Semaine médicale (3. August) veröffentlicht ist, gegen diese Behauptung, und erklärt, dass er seine Ansicht über den praktischen Werth der Milzbrandimpfungen in keiner Weise geändert habe. Ich bin demnach schlecht unterrichtet gewesen: ich bedauere dies im Interesse der Berliner Schule, beeile mich jedoch von der Berichtigung des Herrn Koch Notiz zu nehmen. Sind wir übrigens von einer vollständigen Uebereinstimmung denn wirklich so weit entfernt? Man höre nur was Herr Koch sagt: »Pasteur stützt sich in seinem Briefe auf die Resultate der Impfungen in Frankreich in den letzten Jahren: Bei mehr als 200,000 geimpften Schafen betrug die Milzbrandsterblichkeit weniger als 1 Proc., während bei nicht geimpften Herden diese Sterblichkeit sich auf 10 Proc. beziffert; mehr als 20,000 jährlich geimpfte Rinder ergeben eine Sterblichkeit von nicht 0,5 Proc., während ohne Impfung die Sterblichkeit unter diesen Thieren ungefähr 5 Proc. beträgt. Aus diesen Zahlen scheint hervorzugehen, dass die Milzbrandimpfung von hoher Wirksamkeit ist.«

Dies ist in der That meine Schlussfolgerung und ich habe keine anderen praktischen Beweise von der hohen Wirksamkeit der Methode, als de Zahlen, die Herr Koch anführt, und die er sehr schlagend findet. Warum weigert sich denn Herr Koch an den praktischen Werth der Milzbrandimpfungen zu glauben? Lediglich wegen eines Gefühles von Misstrauen, das er in keiner Weise begründet. In der That schliesst er den eben citirten Satz mit den Worten: »Wer könnte für die Zuverlässigkeit dieser Zahlen garantieren? Wie und durch wen sind die Grundlagen dieser Zusammenstellung gesammelt worden? So wird sich Jeder fragen, der sich mit Medicinalstatistik beschäftigt.«

Es folgt aus Vorstehendem, dass Herr Koch nur Eines verlangt, um an die Wirksamkeit der Milzbrandimpfungen zu glauben, nämlich die Garantie für die Zuverlässigkeit der angeführten Zahlen. Sehr wohl! es soll daran nicht fehlen. Der im nächsten Monat in Wien stattfindende Congress wird eine ausgezeichnete Gelegenheit sein uns zu verständigen. Alle Berichte der Thierärzte werden Herrn Koch und Anderen, die davon Kenntniss zu nehmen wünschen, zu Verfügung gestellt werden und die Methode der Schutzimpfungen überhaupt wird discutirt werden können.

Wenn meine Gesundheit es nicht erlaubt, selbst dem Congress beizuwohnen, so wird Hr. Chamberland, Verfasser eines der dem Congress vorgelegten Berichtes, die Schlussfolgerungen seines Berichtes über die Schutzimpfungen vertreten. L. Pasteur.«

Pasteur thut Koch doch Unrecht, wenn er sagt, dass dieser das Misstrauen, das er den Pasteur'schen Zahlen entgegenbringt, in keiner Weise begründe. Als gewichtige Begründung dieses Misstrauens führt Koch vielmehr an, dass die in Frankreich erzielten Resultate von keiner Seite bestätigt wurden, obwohl auch in Italien, Oesterreich-Ungarn, Russland und Deutschland seit 1881 die Schutzimpfungen ausgeführt wurden, und dass insbesondere die sorgfältig gesammelten Ergebnisse der in Deutschland ausgeführten Impfungen den französischen Resultaten geradezu widersprechen. Sollte es jedoch Herrn Pasteur oder dessen Vertreter auf dem Congress in Wien gelingen, die Zuverlässigkeit der französischen Impfstatistik über jeden Zweifel sicher zu stellen, dann würde auch die Berliner Schule den praktischen Werth der Milzbrand-Schutzimpfungen gewiss gerne anerkennen, und die Ursachen der Misserfolge der deutschen Schutzimpfungen müssten in anderen Umständen gesucht werden als in der Unwirksamkeit der Methode.

(Zur Erfindung des Augenspiegels.) Am 1. December 1886 starb zu Bern der dort sehr geachtete Arzt, Dr. Carl v. Erlach (geb. 26. Juni 1821). Ein Nachruf, den das Schweiz. Corr.-Bl. Nr. 16 demselben widmet, enthält folgende interessante Mittheilung über eine, in Deutschland allerdings vergessene (obgleich in Valentin's »Grundriss der Physiologie«, Braunschweig 1855, pag. 614, angeführte) Entdeckung, welche Dr. v. E. als ganz junger Arzt während eines Aufenthaltes in Berlin machte. Als er nämlich dort eines Abends mit seinem Freunde, dem jetzigen Director des österreichischen Telegraphenwesens, Hofrath Brunner-von Wattenwyl, beim Lichte einer Lampe am nämlichen Tische, wegen seiner Kurzsichtigkeit eine Concavbrille tragend, arbeitete, erschienen ihm bei zufällig gegeneinander gerichteten beidseitigen Augen diejenigen seines Freundes leuchtend. Hofrath Brunner, wegen Myopie ebenfalls eine Hohlbrille tragend, beobachtete dann die nämliche Erscheinung an Dr. v. E. Beide Herren stimmten in der richtigen Erklärung des Phänomens sogleich mit einander überein. Dr. v. E. demonstrirte seine Entdeckung im ärztlichen Vereine Berlins und in dortigen Privatcirkeln, ja, auf Einladung hin, in der königlichen Familie, in Gegenwart des jetzigen deutschen Kaiserpaares. Allein den Ruhm der auf seine Entdeckung gestützten Erfindung des Augenspiegels überliess er (was zwar nicht für die Wissenschaft, aber wohl für ihn und sein Vaterland zu bedauern ist) dem genialen Helmholtz, der sich damals in den wissenschaftlichen Kreisen Berlins bewegt haben soll.

Therapeutische Notizen.

(Mutterkornpräparate bei gewissen Herzerkrankungen.) Nicht um die Digitalis zu ersetzen, — diese bleibt trotz aller in der letzten Zeit aufgetauchten Concurrenten immer noch das ultimum refugium bei allen Compensationsstörungen des Herzmuskels — sondern um die Wirkung dieses Specificums zu unterstützen und zu ergänzen, empfiehlt O. Rosenbach-Breslau (Berl. kl. W. Nr. 34) das Secale. Dasselbe kommt dann in Betracht, wenn, wie bei der Aorteninsufficienz, weniger der Herzmukel, als insbesondere das periphere Gefässsystem den Grund für die Compensationsstörung abgiebt. Kommt es unter dem Druck des hypertrophischen Ventrikels und unter der Einwirkung der so kräftig in die Arterien geschleuderten vermehrten Blutmenge zur Erweiterung und Dehnung der Arterien, zur Verminderung ihrer Elasticität, dann fällt einer der wichtigsten Factoren für die Blutbewegung in irreparabler Weise aus, und alles Stimuliren des Herzens kann den fatalen Effect der vorhandenen Kreislaufstörung nicht aufhalten. Die Digitalis versagt ihre Dienste und nur ein Mittel, welches, wie das Mutterkorn durch seinen Einfluss auf die glatte Musculatur, im Stande ist, die Gefässwand zu einer erhöhten Thätigkeit anzuregen, den Druck im Arteriensystem zu erhöhen, kann hier noch Nutzen schaffen. Von diesen Erwägungen ausgehend, versuchte R. Mutterkornpräparate ausser bei Aorteninsufficienz auch bei Fällen von sogenannter idiopathischer Herzdilatation, bei denen im Verlaufe des Leidens unter dem Einflusse der verstärkten Herzthätigkeit ebenfalls Veränderungen in der Contractilität und Leistungsfähigkeit der Gefässwandungen zu Stande kommen; ferner bei Fällen von Arteriosklerose, bei denen der Ausfall der bewegenden Kraft der Gefässwand in gewissen erkrankten Gefässgebieten durch die erhöhte Thätigkeit der noch ganz intacten oder verhältnissmässig freien Bezirke ausgeglichen werden muss. Hier, wo Digitalis allein unwirksam ist, hat R. durch Secale recht günstige Erfolge erzielt. Die Wirkung äussert sich in der Regulirung des Pulses, welcher gleichmässiger, voller und gespannter sowie meist nicht unbedeutend langsamer wird, Abnahme der Athemnoth, der stenocardischen Anfälle, des Herzklopfens, Vermehrung der Diurese.

R. verschreibt folgendermassen:

1. Rp. Infus. Secal. cornut. 10,0—15,0 : 150,0 (event. mit Zusatz von Aether sulf. 3,0, Acid. hydrochlor. 1,0.)
   2—3 stündl. 1 Esslffl.
2. Rp. Ergotin. 2,0—4,0 : 150,0 (event. mit Zusatz von Acet. digit. oder Spirit. aeth. 5,0.)
   3stündl. bis 3mal tägl. 1 Esslffl.
3. Rp. Ergotin. 3,0 (event. mit Zusatz von Extr. convallar. majal. 3,0 oder Pulv. folior. digit. 2,0.)
   Pulv. et extr. gent. q. s. ad pilul N. 50.
   DS. 2stündl. 2—3 Pillen.
4. Rp. Infus. folior. digit. 1,5 : 150,0.
   Ergotin. 2,0.
   MDS. 2stünd. 1 Esslffl.

(Behandlung der Gonorrhoe mit Thallinpräparaten.) Gelegentlich einer Discussion über Gonorrhoe im Medicinisch-pharmaceutischen Bezirksverein von Bern (Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte, Nr. 16) erwähnte Dr. Dick die von Goll empfohlene Behandlung mit Thallin (d. W. Nr. 6), und theilte mit, dass ihm bei Gonorrhoe des Weibes eine 2 proc. Thallinlösung sehr befriedigende Resultate ergeben habe. Dagegen wurde von competenten Beurtheilern die Zuverlässigkeit der bacteriologischen Versuche von Kreis, welche bekanntlich die theoretische Grundlage für das Verfahren Goll's bildeten, einstimmig stark angezweifelt; Kreis habe wahrscheinlich gar nicht mit Gonococcen-Culturen gearbeitet. Desshalb mögen sich die Angaben Goll's über den Werth des Thallin bei Gonorrhoe doch bestätigen; denn derartige bacteriologische Versuche haben, wie dies auch beim Jodoform der Fall ist, für die rationelle Begründung und Erklärung der praktischen Resultate nur einen beschränkten Werth.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 29. August. Die Wahlen zu den preussischen Aerztekammern werden im November stattfinden. Das Aerztliche Vereinsblatt hofft, dass die preussischen Aerzte, welche mit hoher Befriedigung die Kammern ins Leben treten sehen, nun auch die Theilnahme an diesen Wahlen als eine Ehrenpflicht betrachten. Bei der Entscheidung über die zu entsendenden Vertreter soll nur deren persönliche Tüchtigkeit bestimmend sein; von äusseren Gründen kann höchstens die Abkömmlichkeit und Bereitwilligkeit der Candidaten in Betracht kommen. Die Vorbereitung zu den Wahlen gebührt in erster Linie den Vereinen, als den Trägern des Standesinteresses, ohne jedoch andere Collegen, die bisher ausserhalb der Vereine standen, nun aber zeigen wollen, dass sie nicht gleichgültig gegenüber einem gemeinsamen Wirken auf neuem Boden sind, auszuschliessen.

— In Königsberg hat der Regierungspräsident aus Anlass eines Specialfalles eine Verordnung erlassen, nach welcher öffentliche sogenannte magnetische oder hypnotische Vorstellungen nach Massgabe eines Ministerialerlasses vom 12. Mai 1881 nicht mehr stattfinden dürfen und polizeilich untersagt werden sollen.

— An den internationalen Mässigkeitscongress in Zürich am 9. und 10. September schliesst sich die Versammlung des deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke, welche am 13. und 14. September in Darmstadt stattfinden soll. Auf der Tagesordnung stehen: Bestrafung von Trunkenheit und Entmündigung und Zwangsheilung von Trinkern (Senatspräsident Dr. von Stösser in Karlsruhe), Branntwein auf Verpflegungsstationen (Pfarrer Fuchs in Beerfelden im Odenwald), die Trunksucht in Beziehung zu Unsittlichkeit und Criminalität (Rechtsanwalt Ludwig Fuld in Mainz), Einfluss des Wohnens und der Ernährung des Volks auf die Trunksucht (der Vereinsgeschäftsführer A. Lammers).

— Cholera-Nachrichten. Italien. In der Stadt Messina sind vom 4. Juli bis 7. August ds. Jrs. nach einer Veröffentlichung der Präfectur 14 der Cholera verdächtige Erkrankungen mit 8 Todesfällen vorgekommen. Trotz dieser nach amtlicher Auskunft nicht beträchtlichen Zahl soll dort allgemeine Panik herrschen, und hat der Disciplinarhof der Rechtsanwälte Messinas im Hinblick auf die Choleragefahr den Beschluss gefasst, alle vor dem Civiltribunal schwebenden Processangelegenheiten bis zum Monat November zu vertagen. In Catania, Stadt und Provinz, scheint sich die Lage zu bessern, ausgenommen in Aderno, woselbst z. B. am 9. August 60 Erkrankungen mit 21 Todten registrirt wurden. In der Provinz Caltanisetta ist das Minenstädtchen Grotte besonders schwer heimgesucht. In Palermo wurden bis zum 12. August täglich 4—10 Fälle von Cholera mit tödtlichem Verlauf bei ungefähr der Hälfte der erkrankten Personen festgestellt.

Ostindien. Nach dem amtlichen Ausweis der Bombay Government Gazette sind in 12 Bezirken der Präsidentschaft Bombay vom 13.—19. Juli 3317 Erkrankungen und mehr als 1435 Sterbefälle an der Cholera gezählt, aus einem ferneren von der Cholera betroffenen Bezirke fehlen die Angaben. In einer neueren, Mitte August in London eingetroffenen Depesche aus Simla wird nach Wolff's Tel.-Bureau die Zahl der in den Monaten Juni und Juli ds. Jrs. in den Nordwestprovinzen Ostindiens an der Cholera Verstorbenen nach ärztlichen Berichten auf 70,000 oder 1 Proc. der Bevölkerung angegeben.

Für die Stadt Bombay sind aus der letzten Berichtswoche bis zum 19. Juli 10 Todesfälle an der Cholera, ausschliesslich Eingeborene betreffend, verzeichnet.

Chile. Im Jahre 1887 liegen die Daten über 9452 Cholera-Todesfälle vor, was einer Mortalität von 7,40 auf 1000 Einwohner der befallenen Departements entsprechen würde. Von der 2,525,023 Bewohner betragenden Gesammtbevölkerung Chile's wären 3,46 auf je 1000 an der Cholera gestorben. Die grösste absolute Zahl von Cholera-Todesfällen, 3481, wird aus der Provinz Santiago gemeldet, und starben allein im Departement der Hauptstadt 2717 Personen oder 1,45 Proc. der Bevölkerung an der Cholera. (Auf dem Cholera-Begräbnissplatze in Santiago sind sogar 3048 Beerdigungen gezählt. (V. d. K. G.-A.)

Wien. Das Ministerium des Innern hat im Hinblick auf einen in Rom vorgekommenen Cholerafall mit tödtlichem Ausgang Vorbereitungen für die Ergreifung von Maassnahmen zur Abwehr der Einschleppung der Cholera getroffen, namentlich die Einleitung der in früheren Jahren erprobten Revisionsmaassregeln an der italienischen Grenze angeordnet. Auch die durch diese Weisung nicht direct betroffenen Landesstellen wurden aufgefordert, mit erhöhtem Nachdruck auf die genaue Durchführung der Maassregeln gegen die Einschleppung der Cholera in den betreffenden Verwaltungsgebieten zu dringen und überhaupt den sanitären Verhältnissen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

In Rom kommen seit einer Woche täglich einige verdächtige Fälle vor, welche jedoch noch nicht mit Gewissheit als asiatische Cholera bezeichnet werden konnten.

In Tivoli ist die Cholera dagegen unter den Arbeitern der dortigen Papierfabrik heftig ausgebrochen; am 21. ds. Mts. kamen 15 Fälle, darunter 8 lethale, vor. In Neapel und Umgebung ist die Seuche bisher wenig beunruhigend.

(Universitäts-Nachrichten.) **Dorpat.** Der russische Minister der Volksaufklärung hat den ausserordentlichen Professor der Universität Heidelberg, Dr. Friedrich Schultze, als ordentlichen Professor der speciellen Pathologie und Klinik an der Universität Dorpat bestätigt. — **Graz.** Das Unterrichtsministerium hat die Erweiterung der Venia legendi des Privatdocenten für Brustkrankheiten an der medicinischen Facultät, Dr. Hugo Pramberger, auf das Gebiet der gesammten internen Medicin bestätigt. — **Jena.** Der a. o. Professor der Anatomie Dr. K. Bardeleben dahier, Sohn des Berliner Chirurgen, Geheimrath A. Bardeleben, ist als Nachfolger des nach Berlin berufenen Prof. O. Hertwig in Aussicht genommen. — **Kiel.** Prinz Heinrich hat an den Rector der Universität Professor Hensen ein Schreiben gerichtet, in dem er seiner Theilnahme an dem Verluste, der die Christiana Albertina durch das jähe Hinscheiden des Professor Pansch betroffen hat, Ausdruck gab.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassungen. Meerbeck Ferdinand aus Stoppenberg, Kreis Essen, approb. 1887, zu Marktbreit; Dr. Hamacher Joseph aus Obladen bei Cöln, approb. 1887, zu Untersteinbach; Dr. Arnold Georg, approb. 1887, zu Eibelstadt; Dr. Albert Schneller in Bärnau (Bez.-A. Tirschenreuth, Oberpfalz).

Verzogen. Dr. Franz Müller von Bärnau nach Erbendorf (als bezirksärztlicher Stellvertreter).

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 33. Jahreswoche vom 14. bis incl. 20. August 1887.

Bevölkerungszahl 262,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 5 (7), Scharlach 4 (1), Diphtherie und Croup 2 (1), Keuchhusten 1 (1), Unterleibstyphus 3 (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten 2 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 211 (246), der Tagesdurchschnitt 30.1 (35.1). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 40.8 (47.6), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 18.5 (19.1), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 16.6 (16.8).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Sterblichkeit der Vorwoche.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F Straub in München.